

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1931-1932. — N° 30

LES
SÉQUELLES DE DYSENTERIE AMIBIENNE

AU POINT DE VUE DE
L'APPLICATION DE LA LOI SUR LES PENSIONS MILITAIRES
(Travail de l'Institut médico-légal)

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 11 décembre 1931

PAR

Théophile-Marius-Stanislas REGIMBAUD

ELÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE.

Né à MARSEILLE (Bouches-du-Rhône), le 8 mars 1907.

Examineurs de la Thèse	{	MM. LANDE, professeur.....	Président.
		CRUCHET, professeur.....	{ Juges.
		R. SIGALAS, agrégé.....	
		DAMADE, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1931



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548422_0052

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1931-1932. — N° 30

LES
SÉQUELLES DE DYSENTERIE AMIBIENNE

AU POINT DE VUE DE
L'APPLICATION DE LA LOI SUR LES PENSIONS MILITAIRES
(Travail de l'Institut médico-légal)

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 11 décembre 1931

PAR

Théophile-Marius-Stanislas REGIMBAUD

ELÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE.

Né à MARSEILLE (Bouches-du-Rhône), le 8 mars 1907.

Examineurs de la Thèse	{	MM. LANDE, professeur.....	Président.
		CRUCHET, professeur.....	Juges.
		R. SIGALAS, agrégé.....	
		DAMADE, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1931

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS, Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, PRINCETEAU, W. DUBREUILH, RIVIÈRE,
BARTHE, LE DANTEC, DENIGÈS, AUCHÉ

PROFESSEURS

MM.		MM.	
Clinique médicale	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie	MANDOUL.
id.	CASSAET.	Médecine expérimentale	DUPÉRIÉ.
Clinique chirurgicale	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique	TEULIÈRES.
id.	BÉGOUIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie ..	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales...	CARLES.	Clinique gynécologique	GUYOT.
Clinique d'accouchements	ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants ..	CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.	SABRAZES.	Chimie biologique et médicale	DELAUNAY.
Anatomie	VILLEMIN.	Physique médicale et pharmaceutique...	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.	BONNIN.
Physiologie	PACHON.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Hygiène	LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires.	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.	Clinique d'o-o-rhino-laryngologie	PORTMANN.
Chimie	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT.
Botanique et matière médicale	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie ..	SELLIER.
Pharmacie	DUPOUY.		

MM MICHELEAU (Médecine générale). MURATET (Anatomie pathologique). GOLSE (Pharmacie).
LACOSTE (Histologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.		MM.	
Anatomie	DUBECQ.	Chirurgie générale	PAPIN.
id.	DUFOUR.	id.	JEANNENEY.
Physiologie	FABRE.	id.	CHARRIER.
Parasitologie et sciences naturelles	R. SIGALAS.	id.	LOUBAT.
Médecine générale	CREYX.	Obstétrique	PERY.
id.	AUBERTIN.	id.	RIVIÈRE.
id.	DAMADE.	Ophtalmologie	BEAUVIEUX.
id.	PIÉCHAUD.	Dermatologie et syphiligraphie	JOULIA.
id.	DELMAS-MARSALET.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie.	VITTE
Maladies mentales	PERRENS.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

MM.		MM.	
Clinique dentaire	CAVALIÉ.	Puériculture	FAUGÈRE.
Médecine opératoire	PAPIN.	Démonstrations et préparations pharmac.	GOLSE.
Accouchements	RIVIÈRE.	Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS.
Ophtalmologie	CABANNES.		

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidenté du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. MM. N.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle GOURDON

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.



A LA MEMOIRE DE MA MERE

A MON PERE

Sa vie, toute de travail et de devoir,
me servira toujours d'exemple. Que cet
ouvrage bien modeste lui soit un faible
gage de ma reconnaissance infinie.

A TOUS MES PARENTS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL DARGEIN

*Directeur de l'Ecole principale du Service de Santé
de la Marine et des Colonies,
Officier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

Dont l'enseignement clinique, à l'hôpital Sainte-Anne, nous fut d'un si grand profit au début de nos études médicales et qui, avec une grande bienveillance, a bien voulu nous apporter, au cours de ce travail, l'aide de sa précieuse expérience.

A MONSIEUR LE MÉDECIN EN CHEF MIRGUET

*Sous-Directeur de l'Ecole principale du Service de Santé
de la Marine et des Colonies,
Officier de la Légion d'honneur,
Officier d'Académie.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR L. MURATET

*Professeur agrégé d'anatomie pathologique
à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

Auprès de qui nous avons toujours
trouvé l'accueil le plus affable. Son aide
et ses conseils nous ont été d'un pré-
cieux secours et nous tenons à l'assurer
ici de notre vive reconnaissance.

A MES MAITRES DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LANDE

*Professeur de Médecine légale et Déontologie
à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

Nous le remercions du grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse qu'il nous a inspirée et de l'aide bienveillante qu'il nous a toujours apportée. Nous l'assurons de notre profonde gratitude.

LES SÉQUELLES DE DYSENTERIE AMIBIENNE

AU POINT DE VUE DE

L'APPLICATION DE LA LOI SUR LES PENSIONS MILITAIRES

INTRODUCTION

La dysenterie amibienne, qui était avant la guerre de 1914 l'apanage à peu près exclusif des pays chauds, ne constituait alors qu'un chapitre relativement restreint de la pathologie médicale française.

Les quelques cas autochtones étudiés et décrits jusqu'alors en étaient extrêmement rares, et Debré et Landouzy, qui avaient cherché à en faire le recensement, n'en avaient pu réunir que 14 cas au 25 mars 1914.

Dès ce moment, néanmoins, Dopter et Chauffard avaient entrevu l'extension possible de cette affection et insisté sur le danger que pouvait présenter l'importation de l'amibiase dans nos climats par l'intermédiaire des anciens coloniaux.

La guerre mondiale, d'une part en amenant sur notre territoire de nombreux éléments coloniaux, d'autre part en mobilisant sur les fronts orientaux d'importants contingents métropolitains, a réalisé cette diffusion et cette importation de la dysenterie amibienne, qui est ainsi devenue aujourd'hui en France une maladie relativement fréquente.

Parallèlement à l'extension de cette affection que les praticiens de la métropole, tant civils que militaires, rencontraient de plus en plus fréquemment, des études cliniques, anatomo-pathologiques et thérapeutiques, sur lesquelles nous n'insisterons pas, se complétaient rapidement et constituaient ce chapitre si riche des dysenteries qui est venu s'ajouter aujourd'hui à notre pathologie.

Mais cette dysenterie, qui, ainsi que l'indiquait le Professeur Chauffard en 1914, devait être considérée non comme une maladie aiguë, mais bien comme une maladie chronique à poussées aiguës, s'était vite révélée une affection tenace, récidivante parfois, entraînant avec elle des complications plus ou moins graves et laissant après elle des infirmités souvent durables. Ces séquelles, dont l'existence ne se manifestait que tardivement, n'étaient point toujours, au début, rapportées à leur véritable origine. Cette question, un peu négligée, des séquelles de dysenterie était restée encore assez obscure et incomplète, et MM. les Professeurs Jacques Carles, de Bordeaux, et Hermann Strauss, de Berlin, ont eu, les premiers, le mérite d'entreprendre l'étude des principales d'entre elles.

La loi du 31 mars 1919, sur les pensions militaires, était venue, avec un bien naturel souci de justice, apporter à tous les anciens mobilisés un droit à indemnisation pour les incapacités et infirmités entraînées par des affections contractées en service.

Or, il se trouve que d'anciens dysentériques, pensionnés ou non pour cette affection et se plaignant de troubles qu'ils rattachent, à tort ou à raison, à leur ancienne amibiase, présentent des demandes de pension ou de majoration de pension pour ces séquelles de dysenterie.

De là des expertises souvent extrêmement délicates : L'existence des séquelles de dysenterie, non plus que leur nomenclature, n'étaient même pas envisagées dans les barèmes officiels, et il fallut qu'un décret du 18 mars 1926 vînt apporter une mise au point relative, d'ailleurs incomplète, comme

nous le verrons par la suite, en essayant de préciser brièvement les cas cliniques et les taux d'invalidité qui leur étaient attribuables.

Le problème est d'importance, d'autant plus qu'à l'heure actuelle le nombre sans cesse grandissant de militaires appelés à résider dans nos territoires d'outre-mer, et partant à y contracter des affections coloniales, amène devant nos centres de réforme et nos tribunaux de pension une recrudescence de candidats.

C'est pour ces raisons que, sur l'instigation de M. le Professeur Lande, plusieurs fois appelé à se prononcer dans ces cas en sa qualité de membre du Tribunal des pensions, nous avons entrepris d'étudier le problème des séquelles de dysenterie amibienne au point de vue de l'application de la loi sur les pensions militaires.

Nous diviserons notre travail en deux parties :

Dans la première, nous essaierons d'isoler et de classer, au point de vue clinique, pathogénique et anatomo-pathologique, les diverses séquelles de dysenterie que l'expert peut être appelé à rencontrer.

Dans la seconde partie, nous envisagerons le côté médico-légal de la question, c'est-à-dire les éléments du diagnostic, du pronostic et de la décision, en un mot les bases sur lesquelles devront se fixer l'expert et le juge pour se prononcer.

PREMIÈRE PARTIE

LES SÉQUELLES DE LA DYSENTERIE AMIBIENNE

Pour la commodité de la description, nous distinguerons tout d'abord deux grandes catégories de malades pouvant présenter des troubles attribuables à une ancienne amibiase :

- I. — Malades n'ayant jamais guéri de leur amibiase et chez qui cette dernière reste à l'état chronique, subaigu ou larvé, susceptible de provoquer des complications et des accidents imprévus.
 - II. — Malades chez lesquels l'amibiase a guéri complètement mais a laissé persister à sa suite des séquelles non parasitaires.
-

CHAPITRE PREMIER

LES AMIBIENS CHRONIQUES

Plusieurs raisons nous expliquent suffisamment la possibilité du passage à la chronicité de la dysenterie amibienne aiguë :

a) Insuffisance du traitement ou mauvaise application de celui-ci;

b) Préparation défectueuse du médicament. Rappelons en exemple, à ce sujet, la nécessité qu'il y a de donner l'iodeure double d'émétine et de bismuth en pilules soigneusement kératinisées;

c) Nécessité, parfois oubliée, d'associer, pour certains malades, la cure arsenicale à la cure double d'émétine et de bismuth;

d) Diagnostic incomplet ayant laissé dans l'ombre des associations parasitaires, une flore protéolytique excessive, un chimisme gastro-intestinal défectueux, toutes éventualités qui demandaient à être corrigées avant la mise en œuvre du traitement proprement spécifique;

e) Enfin et surtout, manque de persévérance dans la cure : des traitements intermittents et prolongés pendant des mois et même des années sont nécessaires pour assurer la guérison définitive d'une affection à la suite de laquelle des poussées de reviviscence, avec présence de kystes et d'amibes dans les selles, se manifestent parfois sous les influences les plus diverses.

Toutes ces dysenteries encore en évolution peuvent donner lieu à une série de complications imprévues et variées qui ne

sont point, à proprement parler, des séquelles véritables de l'amibiase, mais que nous envisageons néanmoins au même titre qu'elles. Leur apparition plus ou moins tardive, provoquée à la faveur de la latence insoupçonnée de l'affection primitive, justifie, à notre avis, cette manière de voir.

L'ENTÉRITE CHRONIQUE AMIBIENNE.

L'amibiase chronique donne lieu très souvent à un syndrome d'entérite chronique qui ne lui est point spécial, d'ailleurs, ce même syndrome pouvant apparaître à la suite de la dysenterie bacillaire, de certaines fièvres paratyphoïdes et de beaucoup d'autres infections par protozoaires : *Lamblias*, *Tetramitus*, *Cercomonas*.

Ce syndrome d'entérite chronique se présente sous un aspect clinique fort variable :

Le sujet atteint présente tout d'abord un amaigrissement progressif pouvant atteindre 15 et 20 kilos.

Il présente une asthénie souvent marquée, pouvant même aller jusqu'à l'empêcher d'effectuer tout effort.

L'hypotension est la règle dans ces cas. L'entéritique est pâle, son teint est terreux, sa langue sale, il présente de l'inappétence. Les digestions sont lentes et paresseuses, s'accompagnant de somnolence, de ballonnement et de pesanteur.

An point de vue intestinal, il existe soit une diarrhée constante, soit une diarrhée intermittente, coupée alors de longues périodes de constipation opiniâtre.

Cette diarrhée est presque toujours accompagnée de coliques localisées au niveau de l'S iliaque ou du cæcum ou généralisées.

Au moment des poussées inflammatoires, les selles sont fréquentes, survenant chez les uns seulement la nuit, chez les autres le jour, chez d'autres au réveil, ou bien à la suite de l'ingestion de certains aliments.

Elles sont soit semi-molles, « en bouse de vache », soit

liquides, glaireuses, assez souvent sanglantes ou mucoso-sanglantes.

La palpation de l'abdomen, négative chez certains malades, permet, en général, de constater une sensibilité générale ou locale, notamment de la région solaire, du ballonnement ou de la rétraction, une paroi contracturée ou un ventre chiffon.

Signalons enfin, avec Strauss, que chez ces malades les retentissements gastriques sont fréquents, au point qu'on est conduit souvent à faire à tort le diagnostic de gastropathie primitive.

Ils consistent en anorexie, douleurs, brûlures, renvois, nausées, vomissements, sensations de pression, etc.

Le chimisme gastrique est très variable.

A l'examen radioscopique on observe souvent une grosse poche à air ou un déplacement du pylore vers la droite avec sensibilité marquée à la pression, un allongement ptosique fréquent, ou bien encore une dentelure de la grande courbure ou une déformation par compression par le côlon, bourré de gaz.

On a pu constater, très rarement d'ailleurs dans ces cas d'entérite, des abcès périrectaux et des fissures anales. La fièvre se montre dans 1/10 des cas seulement, et surtout dans la forme franchement diarrhéique; elle affecte principalement le type rémittent ou intermittent.

Dans tous les cas, on peut assurer que la présence de kystes ou d'amibes dans les selles est constante. Nous verrons dans la partie de ce travail consacrée à l'expertise quels moyens doivent être utilisés pour les mettre en évidence.

Tel est le tableau, rapidement brossé, de ces entérites d'origine amibienne que l'on étiquète si souvent : entérite ou gastro-entérite chroniques.

Nous nous réservons de montrer dans la seconde partie comment doit se résoudre au profit de ces malades la question d'un diagnostic exact.

Car nous nous devons, pour l'intérêt de la question qui nous

occupe, de signaler à cette place l'état de dénutrition, de dépérissement et d'asthénie qui accompagne la maladie à ses phases avancées.

L'insuffisance pluriglandulaire, l'hyponutrition, l'hypotrophie, l'intoxication, sont les facteurs de cette cachexie croissante. Le malade, convenablement traité, pourra guérir peut-être. Il n'en restera pas moins un diminué, un infirme, pour le restant de ses jours.

HÉPATITES AIGÜES ET CHRONIQUES. — ABCÈS DU FOIE.

Nous n'insisterons pas outre mesure sur cette complication classique qui forme un chapitre important et bien étudié de la pathologie de la dysenterie amibienne.

Notons toutefois, tandis que les classiques considèrent comme l'éventualité la plus habituelle la coexistence d'accidents intestinaux, typiques ou frustes, évoluant en même temps que l'hépatite, la règle, pour Ravaut et Charpin, serait, au contraire, que l'hépatite débutât en l'absence de toute dysenterie, franche ou larvée.

Quand l'intestin était déjà touché, son apparition coïncidait avec une amélioration très manifeste des symptômes diarrhéiques, qui évoque la vieille idée d'une métastase (Hurst, Ravaut, Charpin).

a) *Formes aiguës :*

Ce sont les congestions et abcès du foie, les hépatites aiguës. Elles sont caractérisées par :

La fièvre, élevée, à grandes oscillations, avec frissons et sueurs le plus souvent, mais parfois modérée et même absente;

Les modifications sanguines : hyperleucocytose, polynucléose, disparition de l'éosinophilie, accessoirement réaction iodophile des polynucléaires (Sabrazès et Cauvin) et anémie plus ou moins accentuée;

La présence d'une collection purulente parfois difficilement mise en évidence par la ponction exploratrice.

Signalons encore que l'hépatite amibienne aiguë affecte parfois un type de typhose, d'embarras gastrique, de gastro-entérite, de tumeur gastrique même, cas dans lesquels le diagnostic ne peut être établi que par un examen méthodique aidé de la radioscopie et du traitement d'épreuve.

b) *Formes chroniques :*

Ce sont les abcès fibreux de Kelsh et Kiener, la dégénérescence amyloïde associée à la sclérose et à des collections multiples, la cirrhose amibienne. (Achard et Foix, Paiseau et Hutinel).

Le début est lent et insidieux, marqué par une sensation de gêne ou de pesanteur dans l'hypocondre droit, de la douleur à l'épaule droite, des troubles intestinaux vagues; ou bien, au contraire, il peut être brusque avec tableau d'hépatite aiguë cédant progressivement pour faire place à la période d'état.

A cette période d'état : Hépatalgie diffuse d'intensité modérée. Souvent scapulalgie persistante localisée à un ou deux travers de doigt au-dessous de l'épine de l'omoplate droite. Le foie est normal ou à peine augmenté de volume, rarement bosselé, sensible, sans foyer douloureux bien limité.

Névralgie phrénique droite surtout accentuée aux points xyphoïdien et sterno-mastoïdien.

D'habitude, on note, avec une légère dyspnée et de la toux, des signes de bronchite ou de congestion pulmonaire de la base droite parfois assez accusés pour justifier une forme pulmonaire de la maladie (Hutinel).

La ponction exploratrice est toujours négative.

La leucocytose sanguine est normale ou peu élevée (de 7.200 à 13.000, d'après Charpin). La fièvre manque ou ne dépasse pas 38.

L'évolution se poursuit ainsi pendant des années (vingt ans dans une observation de Beau), coupée à intervalles variables d'épisodes aigus. Elle peut aboutir soit à la guérison spontanée, soit, le plus fréquemment, à un état de cachexie rendant le pronostic très réservé.

LOCALISATIONS VISCÉRALES DIVERSES.

Quelques cas, rares il est vrai, de localisations amibiennes au niveau des poumons, de la région périnéphrétique, du cerveau et du cervelet peuvent être relevés dans la littérature médicale.

Nous citerons à ce sujet l'étude du Docteur Legrand, qui avait pu réunir, en 1912, 43 cas d'abcès du cerveau d'origine amibienne, et le rapport de ce même auteur, à l'Académie de médecine, le 26 octobre 1920 : dans une première observation, l'auteur signale un grand abcès périnéphrétique gauche et des abcès multiples pyohémiques dans la région sacrée, la cuisse droite et l'épaule gauche.

Le pus de ces abcès ne contenait que des amibes vivantes.

Dans une deuxième observation, il s'agit d'abcès de la plèvre, du poumon et du cervelet, d'origine et de nature amibienne, constatés à l'autopsie d'un sujet chez lequel il y avait eu pendant la vie absence de dysenterie cliniquement constatée.

Dans tous ces cas, il s'agit de véritable pyoamibiémie d'origine dysentérique.

Nattan-Larrier a eu l'occasion, lui aussi, de constater la présence d'amibes dysentériques dans le pus d'un abcès du poumon qui s'était développé indépendamment d'un abcès du foie.

Notons que la plèvre est souvent intéressée au cours de l'abcès hépatique : une pleurite de voisinage se développe, donnant les signes cliniques habituels; la séreuse peut encore être envahie par un abcès hépatique ayant traversé le diaphragme.

Kartulis a noté, dans 99 cas, l'existence d'abcès du médiastin : ils étaient associés à d'autres processus septiques des cavités thoraciques et abdominales.

A part des lésions de myocardite, parfois relatées, le cœur ne présente rien à signaler. Le péricarde, lui, peut être le

siège d'abcès provenant de l'ouverture, dans sa cavité, de suppurations hépatiques du lobe gauche.

Les altérations vasculaires se résument dans les thromboses veineuses qui se produisent parfois aux membres inférieurs.

Les lésions que peuvent présenter les reins ne paraissent pas, en réalité, inhérentes à la dysenterie amibienne. On note parfois de la néphrite scléreuse, mais cette néphrite scléreuse est plus en rapport, peut-être, avec l'artério-sclérose et avec l'intoxication alcoolique, souvent coexistante, qu'avec le poison supposé de l'amibe.

La rate est parfois le siège d'abcès. Jusqu'à présent, on n'a pu décèler leur nature amibienne; ils proviennent de septicopyohémies développées à la faveur des complications gangréneuses du gros intestin. Il ne faut point, d'ailleurs, attribuer à la dysenterie amibienne une splénomégalie qui n'est due, dans bien des cas, qu'au paludisme, si souvent associé à l'amibiase et qu'il faudra savoir dépister.

On attribuait encore à l'amibiase, il y a une vingtaine d'années, certaines altérations du système nerveux assez mal connues et consistant surtout en paralysies. Ces troubles, on l'a reconnu depuis, sont uniquement le fait de la dysenterie bacillaire, et, depuis que la distinction a été nettement établie entre ces deux affections, aucune observation n'a été apportée qui puisse permettre d'envisager une telle éventualité.

Une autre complication, aussi curieuse qu'exceptionnelle, est la mammite, inflammation dont la nature provoque souvent un embarras que l'épreuve thérapeutique de l'émétine dissipe rapidement.

Enfin nous signalerons le pseudo-rhumatisme infectieux qui frappe de façon tenace quelques articulations où il s'immobilise et qui arrive parfois à prendre la forme d'une véritable arthrite purulente à amibes dysentériques.

HÉMORRAGIES INTESTINALES.

Parfois, l'amibiase chronique donne lieu à de véritables hémorragies intestinales. Le sang est le plus souvent rouge,

non mêlé aux matières, qui forment de petits îlots noirâtres et durs.

Ces malades sont généralement des constipés. Plus rarement, les selles sont diarrhéiques ou pâteuses, et dans ces cas les matières forment alors un mélange brun noirâtre.

Charpin a pu voir jusqu'à un demi-verre de sang rendu à la fois.

Ces hémorragies peuvent se répéter jusqu'à trois et quatre fois en vingt-quatre heures, entraînant alors une anémie très marquée. Le plus souvent, on pense, en présence de ces hémorragies, soit à des hémorroïdes, soit, si le malade n'est déjà plus jeune et très anémié, à un cancer rectal.

L'examen local, complété par la recherche des parasites intestinaux et la rectosigmoidoscopie, doit permettre d'éviter de telles erreurs.

PERFORATIONS INTESTINALES.

Leur fréquence relative est due à l'action térébrante bien spéciale des amibes dysentériques. Ces perforations ont presque toujours pour siège la région de l'S iliaque, région de prédilection des lésions de la dysenterie amibienne.

Le plus souvent, la perforation se traduit par les signes classiques de la péritonite par perforation : douleurs aiguës, déchirantes, météorisme et immobilité de l'abdomen, hoquet, vomissements porracés, poulx filiforme, facies grippé.

Cependant, si l'état général est déjà très altéré, la perforation peut passer presque inaperçue. Enfin, d'autres fois, elle s'accompagne des signes d'une péritonite localisée, qui, en raison de son siège, se traduit par les apparences d'une péricécalite.

Par quel mécanisme anatomo-pathologique se produisent ces lésions hémorragiques et ces perforations ?

Les ulcérations, à ce stade, ont fait place aux abcès en bouton de chemise caractéristiques de l'amibiase. Leur fond présente des contours irréguliers, anfractueux. Le tissu conjonc-

tif de la sous-muqueuse est à nu : ses éléments se nécrosent lentement et s'effilochent parcelle par parcelle; quoique peu nombreuses, les amibes sont perceptibles au milieu des fragments qui s'éliminent; on les voit encore profondément, s'infiltrant dans les mailles conjonctives. Elles rongent ainsi progressivement, s'attaquant d'abord aux tissus les moins denses et respectant relativement les portions les plus résistantes. C'est ainsi que des vaisseaux arrivent à faire saillie à la surface ulcérée; ils sont mis à nu par les progrès croissants de la nécrose avoisinante et ne tiennent plus aux régions sous-jacentes que par un mince pédicule; leur paroi n'échappe cependant pas à l'action mortifiante du parasite, qui lui fait subir des phénomènes de même ordre amenant bientôt des hémorragies parfois importantes.

L'ulcère creusant ainsi en tous sens, et en particulier en profondeur, finit par envahir et détruire la sous-muqueuse dans toute son épaisseur; il aborde les couches musculaires, qu'il entame de même, puis le péritoine, produisant ainsi les perforations si redoutées.

Il est vrai que, dans un certain nombre de cas, le péritoine, lié à l'épiploon, présente des réactions de défense, s'épaissit et devient fibreux.

Dans ces lésions ulcéreuses, les réactions inflammatoires sont réduites à leur minimum ou même absentes : la nécrose est le seul phénomène accompagnant les migrations amibiennes.

PÉRITONITE DYSENTÉRIQUE.

L'inflammation chronique de l'intestin peut retentir sur la séreuse, et la péritonite dysentérique vraie est bien une réalité : elle se caractérise par ce fait qu'elle est d'emblée bénigne. Il semble, ainsi que l'exprime Lucas-Championnière, que les agents de la dysenterie ne se plaisent qu'au niveau de la muqueuse et que les lésions extra-muqueuses ne soient produites que par des agents migrateurs vieilliss et fatigués.

On peut se demander s'il existe au cours des états dysentériques une migration lymphatique capable d'infecter la séreuse par simple propagation. Des observations des plus démonstratives de Lucas-Championnière permettent de conclure dans ce sens. D'autre part, Dopter, dans son étude très complète sur l'anatomie pathologique de la dysenterie amibienne, signale que les lymphatiques sont habituellement très développés, très souvent moniliformes ou irréguliers dans leur calibre et que quelques-uns sont gorgés d'amibes qu'ils transportent vraisemblablement au loin.

Ces péritonites se caractérisent par leur faible virulence, par le peu d'absorption toxique, par l'absence de vomissements.

Reconnaissons qu'elles sont exceptionnelles et que, plus habituellement, la péritonite postdysentérique est chronique et d'emblée fibreuse.

Nous aurons l'occasion d'en reparler plus loin.

ALTÉRATIONS DE L'APPENDICE.

L'appendice peut être intéressé au cours de la dysenterie amibienne par le processus dysentérique lui-même. Wooley et Musgrave l'ont observé dans 7 p. 400 des cas. Harris, Kartulis, en ont décrit les lésions; elles sont calquées sur ce que l'examen du gros intestin nous a fait connaître et sont dues au développement amibien. Kartulis les a observées dans 9 cas : dans 7 d'entre eux les lésions appendiculaires étaient en continuité avec celles du cæcum; dans les deux autres l'appendice seul était ulcéré.

Il signale encore que cette appendicite se complique facilement de gangrène et de péritonite par perforation; parfois cette péritonite se localise; il se forme alors des abcès péritonéaux qui s'enkystent, restent à l'état latent sans provoquer aucun phénomène bruyant. On ne les découvre bien souvent qu'à l'autopsie où on les trouve autour du cæcum ou entre le foie et le rein droit.

TUBERCULOSE ET AMIBIASE.

Il n'est pas rare que dans les cas de dysenterie amibienne ancienne, la tuberculose vienne à la longue se superposer à l'amibiase.

Tuberculose pulmonaire d'abord pour satisfaire à la notion bien connue et maintes fois réalisée qui veut que cette affection apparaisse comme l'ultime complication de toutes les maladies chroniques et déprimantes. Dans ces cas, pourrions-nous dire, l'amibiase a fait le lit de la tuberculose.

Mais aussi, bien que moins fréquemment, tuberculose intestinale, localisation du bacille de Koch sur un intestin épuisé dont les lésions profondes lui ont servi peut-être de porte d'entrée, où en tout cas il va pulluler. L'agent pathogène va se développer et évoluer dans des tissus dont la déchéance organique rend toute réaction de défense impossible. Les kystes et les amibes voisineront avec le bacille de Koch dans les selles et sur la muqueuse de ces malades. A côté des lésions ulcératives dues à l'amibe, on verra éclore des ulcérations présentant tous les caractères de l'ulcération tuberculeuse, contenant dans les coupes les tubercules typiques avec cellules géantes et bacilles de Koch.

Ces lésions tuberculeuses se retrouvent encore parfois dans l'épaisseur des tuniques où elles évoluent pour leur propre compte.

Enfin, plus rarement encore, on peut être appelé à constater une véritable tuberculose péritonéale comme chez cette malade du Professeur Carles, ancienne amibienne, méconnue depuis six ans, et qui depuis cette époque présentait une diarrhée épuisante avec glaires sanguinolentes où fourmillaient les amibes. Il existait dans le ventre une légère ascite et les anses intestinales étaient comme soudées par endroits formant des placards douloureux. L'état général était très touché.

Il est évident que dans tous ces cas on ne peut songer à

nier le rapport existant entre les deux affections et le rôle d'appel joué par l'amibiase indirectement ou non vis-à-vis de l'infection tuberculeuse, dont, dans tous les cas, elle facilite certainement l'évolution.

ALTÉRATIONS DE L'ESTOMAC.

On a constaté sur la muqueuse gastrique, au niveau des replis, un pointillé hémorragique ou des ecchymoses plus ou moins étendues, voire même des suffusions sanguines. On peut aussi observer de légères érosions, sans ulcère véritable. La nature de ces lésions est délicate à interpréter. Les coupes n'y ont jamais montré la présence d'amibes, même dans les régions les plus atteintes. Dans la dysenterie amibienne expérimentale du chat, les mêmes altérations se rencontrent; l'absence d'amibes y est encore la règle. Sont-ce ces lésions qui seraient la cause des troubles gastriques signalés dans les entérites chroniques amibiennes ?

On a, pour expliquer leur formation, incriminé les produits toxiques mis en circulation dans le sang par l'amibe pathogène.

Une conclusion affirmative risquerait d'être prématurée, d'autant plus que beaucoup de dysentériques amibiens sont d'anciens coloniaux ayant abusé de l'alcool; là réside peut-être la cause véritable de ces lésions.

CHAPITRE II

LES AMIBIENS GUERIS

Nous abordons maintenant la catégorie de ces malades complètement guéris de leur dysenterie amibienne, mais chez lesquels la maladie a laissé persister après elle des séquelles non parasitaires.

TROUBLES GASTRO-INTESTINAUX.

Sympathose abdominale.

Toute infection parasitaire a disparu. Les amibes et les kystes sont restés introuvables à des examens répétés de selles et à des prélèvements rectoscopiques, et cependant certains malades continuent à souffrir : ils ont des alternatives de diarrhée et de constipation; ils rendent fréquemment d'épais paquets de glaires et de membranes; ils ont des coliques, leur ventre reste sensible, le gros intestin fait corde sous la main qui palpe; la région solaire est d'une sensibilité exquise.

Loeper a attribué ces troubles à une coelialgie, à une irritation névritique du plexus solaire, régulateur des mouvements, des sécrétions et des échanges du contenu intestinal.

Le plexus solaire, nous dit-il, présente des ganglions qui sont des relais supérieurs, mais il présente aussi d'autres ganglions de renforcement, qui se trouvent dans la paroi intestinale même, et ces ganglions sont autant « d'antennes sécrétoires et de plaques motrices ».

La souffrance de ces appareils se traduira par des crises douloureuses, des spasmes, du météorisme, de la diarrhée, des troubles dyspeptiques.

Cette cœlialgie, Lœper ne la considère pas comme réflexe, mais bien comme d'origine névritique, et il a retrouvé, à l'autopsie de dysentériques, dans la paroi de l'intestin, des ulcérations périnerveuses et nerveuses indiscutables.

En effet, les lésions dysentériques entament fortement la muqueuse et mettent à nu la sous-muqueuse.

« L'infiltration s'étend en profondeur, constate Lœper, entoure les filets nerveux, les pénètre et les dissocie. La cellule multipolaire du ganglion d'Auerbach, de Meissner, subit les altérations de chromatolyse centrale, de fonte protoplasmique et de vacuolisation. Le tissu conjonctif s'épaissit et finit par transformer certains îlots en un bloc fibreux où les éléments sont à peine reconnaissables. »

On doit donc admettre la participation des nerfs au processus inflammatoire, et, partant, aux réactions morbides de la dysenterie.

La cœlialgie se trouve conditionnée par l'altération des rameaux nerveux intra-intestinaux.

Voilà pourquoi les séquelles douloureuses de la dysenterie apparaissent comme des manifestations névritiques, et non comme de simples réactions réflexes.

Néanmoins, cette lésion nerveuse n'est pas la cause exclusive des séquelles de dysenterie amibienne, et l'ancien processus inflammatoire, les cicatrices sous-muqueuses et la colite, y prennent certainement une part aussi importante.

En effet, sans aller jusqu'aux lésions scléreuses et dégénératives extrêmes, à cet « intestin en zinc » que nous verrons plus loin, beaucoup de dysentériques guéris conservent, après cicatrisation, une muqueuse intestinale très altérée dont les facultés de sécrétion et d'absorption sont fortement troublées.

La tunique musculaire elle-même ne possède plus ses propriétés normales de contractilité. Il en résulte des troubles

de stase, des fermentations anormales et des troubles d'assimilation qui contribuent, avec la « sympathose abdominale » de Lœper, à créer la persistance, chez des amibiens guéris, d'un véritable « état intestinal ».

DÉGÉNÉRESCENCE SCLÉREUSE.

Brides cicatricielles. Rétrécissements du rectum.

Les lésions, bien connues et non moins bien étudiées, de la dysenterie amibienne aiguë sont constituées par des ulcérations profondes à bords décollés ou taillés à pic. Ces ulcérations irrégulières, à bords déchiquetés, à fond anfractueux et bourbillonneux, sont la conséquence d'un processus destructif et térébrant dont l'Entamœba est l'agent actif. Elles sont localisées au cæcum, au côlon transverse, mais surtout, et, nous devons insister sur ce point, à l'S iliaque et au rectum.

En effet, d'après la statistique de Wooley et Musgrave, que cite M. le Professeur Carles, tout le gros intestin et le rectum sont pris dans 72 p. 100 des cas; le côlon descendant, l'anse sigmoïde et le rectum seul dans 48 p. 100 des cas; le côlon transverse dans 1 p. 100 des cas seulement.

L'intestin grêle, lui, est très rarement intéressé.

Quant à l'appendice, il peut être le siège d'une véritable appendicite amibienne.

Ces notions, en nous rappelant la localisation, la profondeur et l'intensité des lésions aiguës, nous permettent de saisir les transformations que va subir la muqueuse intestinale altérée à la suite du processus de cicatrisation.

Les lésions anciennes de dysenterie, chez nos malades, vont, en effet, consister en tissu cicatriciel dense et en transformation fibreuse de la sous-muqueuse.

L'intestin est moins hyperémié, moins congestif; parfois même sa surface est pâle, avec des plaques ardoisées; les ulcérations présentent toujours des bords décollés, mais se fronçant légèrement; la sous-muqueuse est moins œdématiée,

son tissu s'est densifié; à la coupe, la paroi intestinale crie sous le scalpel. En certaines régions, le tissu fibreux a pris une extension énorme, au point de produire des rétractions, des rétrécissements, qui contrastent avec des dilatations situées immédiatement en amont.

L'intestin tout entier peut alors, dans certains cas extrêmes, devenir rigide, scléreux, réalisant ce que l'on a si expressivement dénommé « intestin en zinc ».

Le plus souvent, les lésions scléreuses restent localisées et constituent de la sorte des brides cicatricielles plus ou moins épaisses, des rétrécissements intestinaux, des rétractions partielles, qui peuvent finir par amener, plus ou moins tardivement, des phénomènes d'occlusion intestinale.

ULCÈRES REBELLES.

A l'examen rectoscopique d'anciens amibiens chroniques, il est fréquent de constater des exulcérations de la muqueuse. Dans certains cas, il ne s'agit que d'une simple desquamation : on aperçoit de petites taches irrégulières, d'un rouge plus foncé que le restant de la muqueuse, et dont le fond est finement granuleux.

Mais d'autres fois il s'agit de véritables ulcérations, à fond granité, irrégulier, souvent recouvertes de tissu effiloché constitué par des débris de sous-muqueuse, souvent de musculieuse. Leurs bords sont nets, taillés à pic, non décollés. On peut ainsi observer de vastes ulcères rectaux ou sigmoïdiens englobés dans des éléments cicatriciels et n'ayant pas plus de tendance à guérir, malgré les traitements locaux, que ces ulcères de jambe développés dans les tissus scléreux et oedémateux des variqueux.

POLYPOSE RECTO-SIGMOÏDIENNE.

La recto-sigmoïdoscopie permet encore de déceler, dans des cas anciens, de véritables rectites proliférantes, avec

dégénérescence polypoïde de la muqueuse. Cette dernière est surélevée, mamelonnée, et des excroissances apparaissent à sa surface. Certains de ces bourgeons sont sessiles et peuvent, par leur étendue, en imposer au premier abord pour un néoplasme; d'autres sont pédiculés et prennent l'aspect de mûres, de cerises, de battants de cloche, etc.

Ces polypes sont mous et se laissent très facilement dilacerer, mais, enlevés, ils se reproduisent très rapidement.

Histologiquement, on peut constater que la muqueuse est le siège d'une inflammation catarrhale chronique, accompagnée d'un développement glandulaire exagéré, figurant assez bien des adénomes diffus. Au milieu de ce tissu en hyperactivité, il n'est pas rare de voir se produire des kystes muqueux provenant de la dilatation et de l'obturation des glandes; ces kystes peuvent rester isolés, mais, à la suite de la résorption ou de la destruction de leurs cloisons, ils s'ouvrent les uns dans les autres pour former une sorte de tissu caverneux envahi par du mucus.

Dans les formes très anciennes, les glandes subissent un certain degré d'atrophie, alors que le tissu interstitiel, épaissi, s'organise et forme des bourgeons charnus très vascularisés, qui viennent faire saillie à la surface de la muqueuse.

SÉQUELLES CHIRURGICALES.

Appendicite. Péritonite dysentérique.

Ces séquelles chirurgicales ont été mises en lumière par Lucas-Championnière. Elles sont peu connues, car elles ne réclament pas toujours d'urgence l'intervention, et, d'autre part, elles évoluent, souvent, longtemps après un séjour colonial ou une amibiase autochtone plus ou moins mécon nue; il arrive enfin qu'elles soient observées par des chirurgiens peu familiarisés avec leur cause lointaine.

Alors que la tunique muqueuse où réside la lésion essentielle de la dysenterie est, par excellence, la tunique médi-

cale pour ainsi dire, la musculieuse et la séreuse sont les tuniques chirurgicales. Elles sont plus tardivement frappées, et c'est soit la sclérose, modifiant la contractilité du muscle lisse et troublant ainsi le péristaltisme normal de l'intestin, soit la fibrose péritonéale fixatrice, soit les rétrécissements cicatriciels de la lumière par altération des trois tuniques, qui amènent l'ancien entéritique au chirurgien,

Dans certains cas, c'est un ulcère ancien qui entraîne des troubles de striction intestinale et qui évolue avec des symptômes d'occlusion. D'autres fois, à la suite de sclérose étendue des tuniques, l'élément contractile étant étouffé, l'intestin, après une période variable de rétraction, commence à se dilater.

La dilatation avec ptose est une lésion fréquente chez l'ancien dysentérique, ainsi que l'ont à présent démontré les interventions chirurgicales et les examens radioscopiques.

L'ancien dysentérique se plaint de malaises vagues, de fatigue, d'anorexie, de constipation; il présente un gros intestin dilaté, un cæcum clapotant.

La ptose suit ces dilatations, ptose du transverse « ptose à ventre plat », ainsi que la nomme Lucas-Championnière, dans laquelle on ne constate aucune défection de la paroi abdominale.

Dans les pays d'endémie dysentérique, l'auteur rapporte qu'on est souvent appelé à soigner des demi-occlusions intestinales. Ce sont des malades souffrant depuis longtemps et habitués à reporter ces douleurs à la dysenterie. Un examen soigneux permet, dans ces cas, d'observer un syndrome de Kœnig (dilatation localisée, douleur, affaissement brusque avec bruit musical, gargouillements). Les interventions montrent alors l'existence de brides péritonéales fibreuses, bien moins accusées que celles de la péritonite tuberculeuse.

En somme, ces séquelles chirurgicales présentent une triade anatomique spéciale : lésions muqueuses, sclérose hypertrophique de la musculieuse entraînant la dilatation secondaire, péritonite chronique avec brides. Au point de vue sympto-

matique, ces lésions donnent des signes variant depuis la constipation chronique avec état stercorémique, degré le plus inférieur, jusqu'à l'occlusion réalisée, qui est une occlusion brusque.

Cette association de la ptose et d'une fibrose péritonéale n'est pas sans avoir une certaine importance dans l'éclosion et l'évolution de l'appendicite. C'est là, en effet, un substratum favorable à l'infection appendiculaire, et ces appendicites dysentériques se présentent toujours avec une physionomie particulière, bien mise en évidence par ce même auteur :

- 1° Gros cæcum dilaté et vascularisé;
- 2° Fibrose péritonéale, fréquence extrême de la membrane de Jackson;
- 3° Rareté des appendices libres, rareté encore plus grande des méso-appendices normaux et souples, fréquence extrême de l'accolement de l'appendice à la paroi cæcale,

ce qui lui fait considérer avec quelque raison les lésions post-dysentériques comme génératrices fréquentes d'infections appendiculaires.

HÉMORROÏDES.

Parmi les séquelles de la dysenterie, il en est qu'aucun auteur n'avait encore signalées à notre connaissance : nous voulons parler des hémorroïdes.

M. le professeur Muratet, au cours d'expertises où il était commis par le Tribunal des pensions, a pu constater que les hémorroïdes constituaient une véritable infirmité, pénible et souvent très douloureuse, pouvant même devenir un réel danger pour le sujet qui en était atteint, nous dit-il, et qui, le plus souvent, ne donnaient pas lieu à une indemnisation suffisante.

On a coutume de considérer les hémorroïdes, les unes comme d'origine mécanique, les autres comme constitutionnelles ou diathésiques.

En fait, tout obstacle au cours de la circulation du sang

dans la veine porte est capable de produire des hémorroïdes, cela en raison tout d'abord de l'absence de valvules dans les veines du rectum, ensuite grâce à la disposition anatomique, par laquelle les veines de la muqueuse rectale traversent, pour sortir du rectum, de véritables boutonnières musculaires formées par les fibres du sphincter, d'où gêne de la circulation de retour.

On sait par ailleurs qu'en dehors des obstacles passagers tels qu'une grossesse, un kyste de l'ovaire ou des compressions permanentes telles que tumeurs, cirrhoses, la constipation est capable de produire des hémorroïdes. En cas de constipation, en effet, la compression exercée par le bol fécal induré produit un refoulement de haut en bas du sang des veines hémorroïdales supérieures.

Quénu, le premier, en 1892, pensant que la théorie mécanique était insuffisante à expliquer l'apparition d'hémorroïdes chez les individus qui n'avaient ni affection cardiaque, ni affection hépatique, ni troubles de la circulation de la veine porte, émit fort justement l'opinion que les hémorroïdes sont souvent d'origine infectieuse.

La dysenterie amibienne, précisément, nous offre les plus parfaites conditions d'altération des parois veineuses, en donnant lieu à de la phlébite, soit infectieuse, soit traumatique, ou les deux à la fois.

De plus, dans certains cas, bien étudiés par Kelsh et Kiener, la dysenterie chronique avec ulcère solitaire est pour ainsi dire latente, et ses manifestations se bornent à quelques troubles intestinaux : constipation habituelle avec périodes de diarrhée transitoire et douleur sourde à la région cæcale. Il n'y a vraiment pas lieu de s'étonner de voir apparaître des varices rectales dans ces conditions. Et il est logique d'admettre, comme l'estime M. le professeur Muratet, que les cicatrices intestinales, qui transforment souvent la partie inférieure de l'intestin en un véritable « tube de zinc », ne sont pas non plus étrangères à la production des hémorroïdes.

CANCER ET AMIBIASE.

Parmi les causes prédisposantes des néoplasies rectales, dans les livres classiques, les dysenteries sont évoquées, mais les observations complètes, réelles, d'évolution successive de ces deux affections n'en sont pas très nombreuses.

De leurs recherches bibliographiques, qu'ils disent avoir été patientes, MM. Moutier et Brousse (de Châtel-Guyon) ont été amenés à penser que la plupart des médecins ayant constaté la coïncidence de lésions rectales d'allure dysentérique avec un cancer en évolution ont simplement cru à une erreur de diagnostic et conclu de ce fait que seul le néoplasme était en cause, ce qui expliquerait la rareté d'observations dans cet ordre de faits.

C'est une notion banale, en effet, qu'un cancer rectal et recto-sigmoïdien revêt souvent l'aspect d'une dysenterie chronique.

Cain et Bensaude considèrent plusieurs ordres de faits :

1° L'existence des signes de dysenterie fait méconnaître le cancer jusqu'au moment où son extension le rend évident;

2° Inversement, une lésion dysentérique peut être prise à tort pour une lésion néoplasique. Dans un cas rapporté par ces auteurs, un spasme très accusé entraînait un boursoufflement de la muqueuse, qui fut pris pour une végétation néoplasique. Un anus iliaque fut même pratiqué. Ultérieurement, le traitement émétinique amena une guérison complète.

3° Le cancer apparaît chez un sujet atteint de dysenterie avérée, chez un malade chez lequel la longue évolution de la maladie, la répétition des examens de laboratoire, l'existence des amibes constatées par des observateurs différents, tout enfin confirme que l'amibiase a précédé le développement d'un cancer recto-sigmoïdien.

Encore distinguons-nous, d'une part, les cas où cette amibiase dûment constatée semble éteinte depuis longtemps, où les examens coprologiques sont devenus négatifs, et où des troubles nouveaux : sensibilité recto-sigmoïdienne, selles glai-

reuses et fractionnées, constipation pouvant faire croire à une entéro-colite, séquelle de l'amibiase, amènent à révéler par l'examen endoscopique une tumeur que rien ne faisait soupçonner; d'autre part, les cas où la dysenterie est encore en activité au moment où commence à se manifester le néoplasme.

Il ne semble pas que cette association de l'amibiase et du cancer soit due à ce que la surface ulcérée de la tumeur ait constitué un terrain favorable à la pullulation des amibes. En effet la présence de l'*Entamoeba* n'y a jamais été signalée et, de plus, dans tous les faits publiés, la constatation des amibes pathogènes fut antérieure à la découverte du cancer.

En réalité, étant donné l'ignorance où nous sommes de données précises concernant le problème étiologique et pathogénique du cancer, il nous est impossible, à l'heure actuelle, d'établir un lien pathogénique certain entre la parasitose intestinale et l'éclosion d'un néoplasme.

Il est vrai que l'amibiase crée des lésions diffuses ulcéraives et nécrotiques, particulièrement localisées sur le segment terminal de l'intestin. A ces lésions s'ajoutent souvent, dans les formes chroniques, des réactions interstitielles qui infiltrent les parois. D'autre part, ainsi que nous l'avons vu, des productions saillantes, adénomateuses, se forment dans certains cas, pouvant aboutir à la formation de véritables polypes. Ces polypes sont constitués soit par du tissu granulomateux, soit par l'hyperplasie adénomateuse des glandes rectales.

Il semble que ce soient précisément ces productions adénomateuses qui doivent être suspectées comme créant un terrain favorable au développement du cancer, plutôt que les simples productions granulomateuses.

Des biopsies pratiquées au niveau des polypes adénomateux, cliniquement bénins, ont permis à Schmieden et à Cain de surprendre, en des points très délimités, leur transformation épithéliomateuse.

Malgré notre ignorance des conditions d'apparition du can-

cer; il est une notion d'acquisition nouvelle de la plus haute importance pour ce qui nous occupe :

Le cancer apparaît souvent mais non toujours, au niveau de tissus, ou d'organes antérieurement altérés.

Il existe, en un mot, des états précancéreux qui, en l'occurrence, peuvent avoir été constitués par une réaction inflammatoire préalable.

Mais s'il est certain que souvent le cancer n'apparaît pas en tissu sain, il est non moins certain que les états précancéreux ne conduisent pas fatalement au cancer. Il persiste donc toujours une inconnue liée au problème même de la nature du cancer et, devant des cas de néoplasmes ayant évolué sur des lésions de dysenterie amibienne, nous ne pourrions guère qu'admettre, sans pouvoir la démontrer, la possibilité de l'hypothèse selon laquelle ces lésions amibiennes ont pu favoriser la localisation et l'apparition du néoplasme.

DEUXIÈME PARTIE

LA LOI SUR LES PENSIONS MILITAIRES

CHAPITRE PREMIER

LES BAREMES D'INVALIDITE

La loi Lugol, ou loi du 31 mars 1919, s'intitule encore officiellement : « Loi sur les pensions des armées de terre et de mer en ce qui concerne les décès, les blessures reçues ou les maladies contractées ou aggravées en service. »

Cette loi, dont nous tenons à rappeler les principales dispositions, donne droit à une pension d'invalidité à tous les militaires ou marins atteints de blessures ou de maladies ayant été contractées ou aggravées en service et entraînant une impotence fonctionnelle évaluée à 10 p. 100 au moins.

Il existe une condition primordiale pour que la pension puisse être demandée : Il faut prouver que l'affection ait bien eu son origine ou son aggravation en service. Toutefois, pour les mobilisés qui avaient fait leur demande avant le 4 mars 1920, la loi avait admis, ce que l'on a appelé la « présomption d'origine. » Elle était acquise aux intéressés et c'était à l'Etat de prouver que l'affection n'avait pas été contractée ou aggravée en service, alors qu'actuellement c'est au demandeur de faire la preuve de cette origine.

Les moyens de preuve les plus probants sont la présenta-

tion d'un certificat d'origine de blessures ou de maladie. La preuve peut être faite, en outre, par tous les moyens de droit commun, c'est-à-dire : par preuve littérale (documents écrits), par aveu, par raisonnement, par témoins reconnus sincères, par experts, par serment.

Notons qu'une fois la preuve de l'origine acquise, il faut encore établir que depuis la démobilisation jusqu'au jour de la demande des soins ont été donnés d'une façon assez suivie pour qu'une relation entre l'affection constatée et celle en cause puisse être établie.

Le taux d'invalidité est fixé par le moyen d'un guide-barème, dont le but est de faciliter l'établissement du pourcentage d'invalidité correspondant à une infirmité ou à une maladie donnée.

Il y a deux barèmes : celui de 1913 et celui de 1919, ainsi qu'une échelle de gravité de 1887. Les pourcentages étant parfois différents suivant que l'on consulte tel ou tel barème, le législateur a précisé dans la loi qu'en ce cas ce serait toujours le barème le plus avantageux qui serait appliqué aux invalides de guerre. D'ailleurs, dans l'évaluation de l'infirmité, il est spécifié que les experts doivent s'inspirer uniquement des indications fournies par le barème sans examiner quelle était la position du militaire avant son entrée au service, quel métier ou quelle profession il exerçait, ni si la blessure qu'il a reçue ou l'infirmité dont il est atteint le met dans l'impossibilité de reprendre la même profession ou une profession analogue.

De même, il ne doit être tenu aucun compte de la prédisposition constitutionnelle; l'invalidité doit être intégralement évaluée, dans son ensemble, sans chercher à faire la part de ce qui pourrait être imputable à un état antérieur.

A l'origine, les barèmes ne devaient avoir qu'un caractère indicatif, et l'Instruction du 31 mars 1920 pour l'application de la loi dit formellement : « Les divers barèmes n'ont qu'une valeur indicative et ne doivent pas lier le médecin expert. Celui-ci peut, en effet, se trouver en présence d'infirmités

qui, quoique bien définies, ont, chez tel ou tel individu, des modalités ou des répercussions différentes. Dans d'autres cas, appelé à évaluer le degré d'invalidité résultant d'une maladie qui n'a pas trouvé place dans la classification du tableau synoptique, il doit se reporter aux articles visant les organes intéressés et guider son évaluation sur les pour-cent prévus pour tel ou tel symptôme correspondant à ceux qu'il observe. »

En réalité, ainsi que le dit Valentino, l'engagement pris par le gouvernement que le barème n'aurait qu'un caractère indicatif est illusoire : d'une part, pour la raison que le seul fait qu'existe un barème entraîne les experts à s'y conformer; d'autre part pour la raison que le caractère impératif du barème a été nettement exprimé à la Chambre par le rapporteur de la Commission.

De l'examen du « Tableau synoptique résumé des divers barèmes à appliquer aux infirmes et malades de la guerre 1914-1918 » il ressort une remarque immédiate : Alors qu'il existait, dès 1919, pour les cas chirurgicaux en général une énumération très détaillée et très précise facilitant grandement le travail des experts, il en était tout autrement pour les affections relevant de certaines parties de la pathologie médicale, la pathologie exotique en particulier.

L'opportunité d'une étude médico-légale préalable des affections fréquemment expertisées en vue de l'application de la loi Lugol avait déjà été reconnue au cours de la discussion de la loi, en mars 1921. La Commission souhaitait la rédaction d'un petit traité de pathologie médico-légale et elle formait en tout cas le vœu que soit établi « un tableau des barèmes assez riche de divisions et d'indications techniques, éclairées au besoin par quelques instructions résumées, pour permettre aux experts de classer, d'une manière aussi identique que possible, un cas médical donné dans l'échelle d'invalidité convenable et éviter les inégalités et les divergences d'appréciation, trop fréquemment observées dans cet ordre de faits ».

L'Académie de médecine elle-même, deux ans plus tard,

le 18 décembre 1923, sur le rapport de MM. Gley et Balthazard, émettait le vœu qu'en ce qui concernait les affections médicales le barème des taux d'invalidité fût soumis à une nouvelle étude, en vue d'y introduire plus de précision.

Rien ne pouvait mieux s'appliquer aux séquelles de la dysenterie que ces observations.

Qu'indiquaient, en effet, au sujet de la dysenterie amibienne les barèmes officiels rédigés dans les premières années qui suivirent la promulgation de la loi ? Rien ou du moins bien peu de chose.

Nous lisons en effet :

Entérites chroniques : Suivant le retentissement sur l'état général : 20 à 70 p. 100.

Dysenteries chroniques ayant amené la détérioration de la constitution : 5^e classe, n° 32, par équivalence 65 p. 100 (échelle de gravité de 1887).

Mais le vœu qu'avait émis l'Académie de médecine en 1923 devait porter ses fruits, et le 17 mars 1926 le ministre des Pensions présentait à l'approbation du président de la République un long rapport qui devait le lendemain même avoir la force de décret. C'était le décret du 18 mars 1926, relatif aux maladies exotiques, qui venait heureusement compléter le décret du 29 mai 1919 pour l'application de la loi Lugol.

Il était apparu, disait le ministre des Pensions, que dans ce décret de 1919 la partie consacrée aux malades exotiques nécessitait une mise au point et méritait d'être traitée avec plus d'ampleur. Une commission avait été réunie au ministère des Pensions, comprenant des spécialistes éminents de la pathologie exotique, qui s'était chargée d'élaborer un texte nouveau tenant compte des plus récentes données de la science. Cette commission était composée de MM. Valentino, Marchoux, Jeanselme, Baron, Rieux, Letrosne, Garin, Gaston, Abatucci, Sibut et Mazières.

Le nouveau décret, qui figure depuis cette année seulement dans la nouvelle édition du guide-barème officiel, appelle

d'abord l'attention sur les points suivants, que nous rappellerons textuellement en raison de leur importance :

1° Etant donné le caractère très particulier des maladies exotiques, il convient que les médecins experts chargés d'examiner les intéressés soient choisis parmi les praticiens ayant une connaissance suffisante de ces maladies.

Bien entendu, ces médecins experts seront pris, chaque fois qu'il sera possible, parmi les praticiens de la localité où doivent avoir lieu les opérations d'expertises.

Mais s'il n'y a pas sur place d'expert compétent, l'intéressé devra être envoyé à l'examen du praticien qualifié le plus proche.

2° Si l'expertise soulève le désaccord soit de l'intéressé, soit de la commission de réforme, il y aura lieu de recourir à un nouvel examen, qui sera confié à un médecin spécialisé.

3° Les examens de laboratoire devront n'être confiés qu'à des laboratoires d'une compétence reconnue et d'une autorité incontestée.

4° Quant à l'imputabilité d'une maladie exotique au service militaire, le fait d'avoir servi dans un pays où cette maladie sévit à l'état endémique constitue, en faveur de l'imputabilité, un élément d'appréciation dont il doit être tenu le plus grand compte.

Inversement, le fait d'avoir, en dehors du temps de service, vécu dans un tel pays, constitue, à l'encontre de l'imputabilité, une donnée qui doit retenir l'attention, afin que des pensions ne risquent pas d'être indûment mises à la charge de l'Etat pour des affections sans rapport d'origine avec le service militaire.

Egalement, le fait d'avoir servi dans son pays d'origine où une maladie exotique sévit à l'état endémique oblige à n'imputer la maladie au service que si celui-ci a eu sur l'évolution de l'affection une influence déterminante.

5° Il y a lieu de tenir le plus grand compte des certificats et des observations émanant des médecins traitants, ainsi que des analyses ayant moins de six mois de date émanant d'hôpitaux ou de laboratoires qualifiés.

Comme on le voit, cette fois des directives précises sont données aux experts et l'on sent dans ces considérations générales un souci nouveau de clarté et d'équité.

Suivent alors des études particulières sur le paludisme, la filariose, le bérubéri, la lèpre, etc. Nous ne nous arrêterons qu'à l'amibiase qui nous occupe, et là nous reproduirons toute la description qu'en donne le nouveau décret :

AMIBIASE.

Les affections intestinales chroniques qui viennent à expertise par application de la loi des pensions sont nombreuses et souvent complexes. La plupart sont dénommées « entérites ». Parmi elles, il faut donner le premier rang à l'amibiase, qui peut avoir des conséquences très lointaines, soit comme dysenterie chronique vraie, soit comme séquelles intestinales persistantes de la maladie, soit comme complications en dehors du tube digestif.

A. — La dysenterie amibienne est caractérisée, comme symptômes fondamentaux, par des selles mucoso-sanglantes plus ou moins nombreuses, de réaction alcaline, d'odeur fade, montrant au microscope, au milieu des leucocytes et des hématies, l'*Amœba histolytica dysenteria* avec ses caractères histologiques.

En dehors de la forme aiguë, qui réclame avant tout un traitement, il existe une forme chronique nullement rare (environ 12 p. 100 des cas) datant parfois de plusieurs années, et légitimant une invalidité.

On peut diviser cette forme chronique en cas moyen ou bénins, dans lesquels la muqueuse recto-colique est simplement enflammée, dans lesquels le nombre des selles est assez réduit et dans lesquels l'état général est conservé, et en cas graves ou sévères, où il existe des ulcérations étendues ou profondes de la muqueuse recto-colique, des selles nombreuses et un état général altéré.

B. — Plus fréquemment, l'amibiase intestinale, insuffisamment traitée au moment de sa phase aiguë, perd ses caractères de dysenterie vraie, mais persiste sous forme de troubles intestinaux chroniques, qui répondent à des lésions de la muqueuse et de la sous-muqueuse de tout ou partie du gros intestin et, consécutivement,

à une imperfection plus ou moins grande de l'élaboration du bol fécal.

On observe les types cliniques suivants :

1° Diarrhée chronique vraie, soit acide, mousseuse, putride, quand elle provient de la région iléo-cæcale; soit alcaline, fétide, chargée de mucus, contenant même des flocons purulents, quand elle provient de la région recto-colique (environ 15 p. 100 des cas);

2° Selles pâteuses, en « bouse de vache », brunes, alcalines (environ 20 p. 100 des cas);

3° Crises paroxystiques de diarrhée muqueuse (25 p. 100 des cas);

4° Alternatives de diarrhée et de constipation (20 p. 100 des cas);

5° Constipation simple (8 p. 100 des cas).

Le caractère amibien de ces selles anormales, en particulier des deux premiers types, peut être affirmé par la constatation de kystes d'amibe dysentérique, qu'on trouve parfois d'une façon indéfinie. Mais leur présence peut être très intermittente et peut même manquer totalement. Les altérations de la muqueuse colique et rectale n'en sont pas moins d'origine amibienne. Toutes ces modalités de typhlo-colite ou de recto-colite sont sujettes à recrudescence sous des influences banales (écarts de régime, chaleur, froid, etc.). Elles entraînent une invalidité dont on peut établir la proportionnalité sur le nombre des selles et l'atteinte plus ou moins grande de l'état général.

C. — Parmi les complications de l'amibiase, il faut signaler au premier chef les complications hépatiques :

1° D'abord aiguë, sous forme d'hépatite suppurée, qui vient à expertise après guérison post opératoire. Il est remarquable que cette guérison est généralement complète, que la glande hépatique n'accuse qu'exceptionnellement des signes d'insuffisance fonctionnelle et ne présente guère que de la périhépatite adhésive plus ou moins étendue;

2° Puis chronique, sous forme d'hypertrophie plus ou moins marquée du foie, classiquement désignée sous le nom de « congestion chronique » du foie et qui représente, en réalité, de la cir-

rhose hypertrophique simple, habituellement peu accentuée et lentement progressive.

Les autres complications sont plus rares : pleurésie sèche, séreuse, purulente, amibiase pulmonaire, abcès de la rate, du cerveau, etc.

L'expertise de l'amibiase comprend nécessairement :

Les commémoratifs;

L'examen clinique, complété si nécessaire par la rectoscopie;

L'étude complète des caractères physiques, chimiques et microscopiques des selles fraîchement recueillies.

Evaluation de l'invalidité.

Dysenterie chronique vraie (amibes ou kystes persistants dans les selles mucoso-sanglantes) :

- a) Selles peu nombreuses, état général conservé : 10 à 30 p. 100;
- b) Selles nombreuses, état général atteint : 40 à 60 p. 100;
- c) Etat général fortement atteint, cachexie, dénutrition, complications hépatiques et toutes localisations ou complications comprises : 60 à 100 p. 100.

Séquelles de l'amibiase :

- a) Diarrhée chronique, intermittente, sans retentissement sur l'état général : 10 à 25 p. 100;
- b) Diarrhée chronique, intermittente, avec ou sans complications hépatiques, et retentissement sur l'état général. Toutes complications et localisations comprises : 30 à 100 p. 100.

Hépatite suppurée ancienne guérie après opération : 40 à 40 p. 100.

Il est évident que cette mise au point a apporté un peu de clarté dans une question qui était restée jusqu'alors si confuse. Certainement toutes les séquelles n'ont pas été envi-

sagées en détail; on dit vaguement dans les évaluations d'invalidité : « et toutes autres complications ou localisations comprises »; sans préciser davantage. En somme, ont été seulement mises en valeur, d'une part, les entérites chroniques relevant de l'amibiase; d'autre part, les complications hépatiques; et ce sont bien là, il faut le reconnaître, les formes les plus fréquentes que l'expert ait à envisager.

On s'est efforcé, par ailleurs, d'établir en quelque sorte une échelle de gravité dans ces séquelles, en se basant et sur le nombre des selles et sur l'état général de l'intéressé. Il ne pouvait guère en être autrement, car ce sont là, en effet, les deux principaux tests sur lesquels puisse se baser l'expert pour évaluer le degré d'invalidité du demandeur.

Nous allons passer en revue les éléments de l'expertise médico-légale : diagnostic, pronostic et décision.

CHAPITRE II

LE DIAGNOSTIC

C'est la partie bien souvent la plus délicate de l'expertise. C'est elle que nous avons surtout en vue dans cette seconde partie de notre travail. Son importance est capitale, et cependant, comme nous avons pu le constater dans bien des cas, certains facteurs, sur lesquels nous insisterons ici, n'ont pas été mis en œuvre, qui eussent cependant permis d'asseoir le diagnostic avec certitude ou au contraire d'éviter une erreur préjudiciable de toute façon, soit à l'Etat, soit au malade.

L'établissement du diagnostic dans l'expertise doit comprendre :

Les commémoratifs;

L'examen clinique;

Enfin, l'étude complète, mais surtout microscopique, des selles fraîches.

Les commémoratifs.

Ils ont ici plus que jamais toute la valeur que leur accorde la loi de 1919 et doivent former comme toujours la base essentielle de l'expertise. Nous n'avons pas à insister sur les questions de présomption légale d'origine ni de preuve d'origine.

Elles ne présentent rien de particulier en ce qui concerne l'amibiase. Les experts devront exiger le maximum de garanties et s'efforcer d'obtenir tous les billets d'hôpitaux et

certificats afférents à l'affection primitive. La constitution consciencieuse de ce dossier leur facilitera la besogne ultérieure, et il serait à souhaiter que les autorités qui sont chargées de ce travail s'y emploient toujours avec le plus grand soin.

Notons que le fait d'avoir contracté l'amibiase en France n'est nullement extraordinaire, l'amibiase autochtone, comme nous l'avons déjà dit, est relativement fréquente, et nous citerons certains dysentériques observés par M. le Docteur Dargein qui avaient contracté leur affection au cours de leur service militaire sans avoir jamais quitté Toulon. Toutefois, ainsi qu'il est indiqué dans les considérations qui précèdent le décret du 26 mars 1926, le fait d'avoir servi dans un pays où l'amibiase règne à l'état endémique, constitue un élément d'appréciation important en faveur de l'imputabilité, et, inversement, le fait d'avoir vécu dans un tel pays, en dehors du service, peut constituer une donnée allant à l'encontre de l'imputabilité. Ceci pour les cas nombreux où la maladie évolue depuis de nombreuses années, méconnue pour avoir revêtu ces formes camouflées décrites par Ravaut, alors que son début initial, probablement peu intense, était passé complètement inaperçu.

L'expert devra encore tenir compte de tous les certificats et observations dignes de foi et des analyses sérieuses pratiquées au cours des années précédentes, soit par les formations militaires, soit par les médecins traitants.

Toutes ces données lui seront des indications précieuses concernant la marche et l'évolution de l'affection.

L'examen du malade.

Nous n'en dirons qu'une chose : il doit être complet, porter sur tous les appareils et ne rien laisser dans l'ombre. Mais cet examen, à lui seul, est bien souvent insuffisant et appelle un complément que l'on a trop souvent négligé jusqu'à présent de mettre en œuvre : nous voulons parler de la rectoscopie.

· L'examen rectoscopique.

L'importance de l'endoscopie recto-colique est surabondamment prouvée par le fait qu'elle permet non seulement d'examiner le rectum, mais encore une partie de l'intestin profondément située dans le bassin, et par cela même inaccessible au doigt et à la palpation abdominale.

Nous avons déjà vu que la confusion entre le cancer et la dysenterie est parfois inévitable; les malades ont du sang dans les matières, des glaires; ils présentent des troubles de la défécation et du ténesme; ils sont anémiés, amaigris et rappellent par leur facies l'aspect des cancéreux. L'examen des selles ne suffit pas toujours à lever tous les doutes : on peut trouver chez des cancéreux des amibes dans les selles. En conséquence, soit que l'on ait affaire à un cancer venant compliquer une dysenterie, soit qu'il s'agisse de dysentériques purs, l'examen rectoscopique sera capital dans tous ces cas.

Les cas de dysenterie que l'on observe à la rectoscopie peuvent se répartir en deux grandes catégories :

Dans la première, on trouvera des lésions de recto-sigmoïdite banale, se traduisant par de simples modifications de couleur, d'éclat, de relief de la muqueuse, ces lésions superficielles s'observant même chez des malades dont les selles contiennent des amibes en abondance.

Les malades de la seconde catégorie présentent, au contraire, des lésions qui appellent le diagnostic de dysenterie : ce sont des procto-sigmoïdites hémorragiques pures, érosives et ulcéreuses, avec des foyers de nécrose superficielle, à fausses membranes. On rencontre fréquemment des plaques indurées faisant une légère saillie dans la lumière intestinale, rendant difficile le passage du rectoscope et donnant, quand on retire l'appareil, la sensation de ressaut. Cette induration peut devenir annulaire et former ainsi un rétrécissement qui s'oppose complètement au passage de l'instrument. Explorées au stylet, les plaques indurées de la dysenterie donnent une sensation de rénitence, de dureté.

Souvent, dans son ensemble, la muqueuse paraît gonflée, œdémateuse. Elle a perdu sa coloration rose pâle et paraît plus blanchâtre. Elle semble, à la lumière de l'appareil, lavée, humide, brillante et recouverte d'une mince couche hyaline, formée probablement de mucus.

Dans les autres cas, où il y a congestion de la muqueuse, celle-ci présente une coloration rouge plus ou moins foncée, parfois un piqueté hémorragique rappelant les pétéchie ou le purpura.

Les exulcérations sont fréquentes : petites taches rouge foncé, à fond granité, parfois de la grosseur d'une tête d'épingle, d'autres fois plus grandes, irrégulièrement ovalaires, à bords polycycliques.

Leurs bords sont nets, taillés à pic, non décollés. Elles sont souvent recouvertes de fausses membranes.

L'examen rectoscopique permettra souvent de constater la présence d'hémorroïdes, apparaissant, comprimées par l'endoscope, sous la forme d'une zone uniformément rouge violacé.

Dans les cas anciens avec procto-sigmoïdite végétante, l'examen rectoscopique, indispensable, montrera soit des polypes isolés, se présentant sous forme de petites tumeurs sessiles ou pédiculées (cerises, fraises, etc.), soit des polypes agglomérés, formant une sorte de grappe plus ou moins grosse, soit enfin des tumeurs multiples, tapissant une grande étendue de la paroi de l'intestin (polypose intestinale). Il faudra, avant de porter le diagnostic d'adénomes bénins, explorer soigneusement le segment recto-colique et, au besoin, recourir à la biopsie d'un ou de plusieurs polypes dès qu'il existe le moindre doute.

Dans tous les cas, ces examens devront être confiés à des spécialistes compétents habitués à la pratique de ce genre d'exploration.

Toutefois, une réserve reste à faire. De même que la présence d'une ulcération ou d'une fausse membrane dans une gorge ne saurait permettre un diagnostic de diphtérie sans

examen bactériologique, de même, tant qu'il n'est pas confirmé par la découverte de kystes ou d'amibes spécifiques dans les selles, le diagnostic d'amibiase ne saurait être porté d'après la seule constatation de telle ou telle lésion rectosigmoïdienne. La présence de ces dernières ne crée qu'une présomption. Cette façon de voir est partagée par MM. Laubry et Marc; ils n'accordent également qu'une simple valeur pronostique, sans importance étiologique, à l'existence des lésions observées à la rectoscopie.

Le seul examen rectoscopique, utile pour nous renseigner sur l'étendue et la gravité des lésions et pour permettre de faire des prélèvements dans lesquels on aura le maximum de chances de rencontrer l'amibe dysentérique, est insuffisant à lui seul pour affirmer la nature amibienne de la dysenterie.

L'examen des selles.

L'importance des examens microscopiques dans l'expertise des dysenteries amibiennes et de leurs séquelles est primordiale.

On ne saurait évidemment s'en passer, pas plus d'ailleurs que dans l'étude de toutes les entérites chroniques en général. Sans eux, tout diagnostic précis est impossible. Certains des résultats qu'ils fournissent sont pathognomoniques : La découverte de l'*Entamoeba dysenteriae*, celle des kystes d'*Entamoeba* indiquent formellement et sans aucune hésitation possible le diagnostic d'amibiase.

Mais cette recherche microscopique présente parfois de grandes difficultés et nous voulons rappeler ici certaines notions indispensables qui doivent guider le praticien au cours de cette partie de l'examen :

A. — RECHERCHE DES AMIBES.

L'amibe ne se retrouve dans les selles qu'au moment de la crise initiale ou lors des poussées subaiguës de reviviscence de l'affection. Même alors sa présence peut être très éphé-

mère. De plus l'action thérapeutique fait très vite disparaître certaines de ses formes. Enfin, l'hiver, en particulier, toute recherche restera négative lorsque les selles ont été émises depuis quelques heures.

L'observation microscopique doit, en conséquence, être pratiquée en quelque sorte au lit du malade et encore faut-il, surtout en hiver, même pour cet examen immédiat, soit une platine chauffante, soit une atmosphère suffisamment chaude.

Un artifice assez simple consiste à passer rapidement sous la lame un tampon de coton imbibé d'alcool et enflammé.

Enfin, bien souvent, ce ne sera seulement que dans le muco-pus prélevé par le rectoscope au niveau des ulcérations dysentériques que l'on pourra déceler les amibes, alors que des recherches répétées dans les selles de ces mêmes malades seront restées vaines.

La découverte d'amibes présentant les caractères du type *hystolytica* entraîne la certitude diagnostique absolue : de 25 à 50 μ , changeant constamment d'aspect par émission brusque de pseudopodes, elle a un endoplasme et un ectoplasme très différenciés, des vacuoles plus ou moins nombreuses et contractiles renfermant des hématies phagocytées, un noyau difficilement visible.

Par contre, les formes *Tetragena* et *Minuta* n'ont point toujours la même valeur diagnostique et peuvent prêter à confusion avec l'*Entamæba coli*. Dans ces cas, on a recours à la coloration : après avoir fait un frottis en prenant de grandes précautions pour l'étalement, on fixe humide par les vapeurs d'acide osmique et on colore, soit par l'hématoxyline ferrique, soit par la méthode de Romanowsky.

Comme on le voit, la recherche des amibes dans les selles est vraiment difficile à réaliser et demande des précautions minutieuses.

B. — RECHERCHE DES KYSTES.

A l'inverse des amibes, les kystes se retrouvent facilement sur les échantillons prélevés même depuis plusieurs jours, sur-

tout si l'on a eu le soin de les additionner d'une solution de formol à 10 p. 100. C'est ce qui explique que l'on rencontre des kystes même dans les cas où des examens répétés et précis ont démontré l'absence d'amibes. C'est leur présence qui sert à déceler les « amibiases camouflées » de Ravaut. Mais là encore il ne faudra pas craindre de répéter les examens négatifs.

Une excellente méthode pour mieux mettre les kystes d'amibes en évidence consiste à pratiquer une sorte de réactivation en produisant une entérite artificielle destinée à augmenter l'élimination des kystes.

Ravaut préconise soit une purgation saline, soit un lavement purgatif du Codex, soit l'injection intraveineuse de 1 à 4 centigrammes de cyanure de mercure.

Mauté emploie le lavement d'eau iodée à 1 p. 1.000 (1 gramme d'iode et 2 grammes d'iodure pour un lavement de 1 litre).

Mathieu et Fossey utilisent l'absorption d'extraits biliaires pour provoquer cette diarrhée artificielle.

Tous ces procédés sont également efficaces et permettent d'obtenir des kystes dans les selles diarrhéiques expulsées au bout de dix et même de vingt-quatre heures.

Étant donné le nombre souvent infime des kystes émis et pour éviter des examens répétés en trop grand nombre MM. J. Carles et Ed. Barthélemy ont recours à un procédé d'enrichissement des selles comparable en quelque sorte à l'homogénéisation ou à l'inoscopie pour la recherche des bacilles de Koch.

Voici d'après ces auteurs en quoi consiste ce procédé qui mérite d'être répandu et généralisé et qui nous paraît aujourd'hui vraiment indispensable :

Après mélange des selles, faire un prélèvement de 20 grammes de matières que l'on place dans un verre à expérience de 125 cc. Ajouter, en délayant avec un agitateur de verre, quantité suffisante de dilution pour obtenir une émulsion homogène (liquide de dilution : solution salée physiologique, formolée à 10 p. 100).

On passe le liquide obtenu sur un tamis en laiton à mailles de un millimètre, ceci pour retenir les particules grossières d'un broyage incomplet.

On filtre une deuxième fois sur tamis de soie (toile à tamis pour bluterie) de 90 mailles au centimètre, dont les interstices ont en moyenne 60 μ , cela correspond dans le commerce au n° 90.

Le liquide obtenu après ce tamisage est alors réparti dans les tubes de la centrifugeuse et centrifugé une minute à la vitesse de 1.800 tours.

Rejeter ensuite d'un mouvement brusque le liquide surnageant et délayer le culot avec le liquide de traitement :

Acide citrique	12 grammes.
Eau	86 grammes.
Formol à 40 p. 100	2 grammes.

Ajouter 1 à 2 cc. d'éther sulfurique et agiter fortement pour détacher le culot. Centrifuger trente secondes à 1.800 tours.

Délayer avec une effilure de pipette fermée à la lampe la zone de séparation de l'éther et du liquide, afin de dégager quelques kystes qui auraient pu être entraînés par l'éther. Centrifuger à nouveau trente secondes à 1.800 tours.

Rejeter d'un coup sec le liquide pour ne conserver que le culot.

Débarrassé des graisses, des leucocytes, des hématies, d'une grande partie des bactéries et des résidus alimentaires, celui-ci ne contient que les kystes de protozoaires, les œufs d'helminthes, et quelques autres débris de densité élevée.

On n'a plus qu'à prélever à la pipette une parcelle du culot et à l'examiner entre lame et lamelle après dilution avec une goutte de Lugol dédoublé.

Les kystes apparaissent très réfringents, légèrement teintés par l'iode. Ils montrent aisément leurs noyaux et leurs masses chromidiales dont les contours se sont accentués.

L'examen des selles enfin ne devra pas se borner à la recherche des amibes et des kystes spécifiques. Il devra être complété par la recherche des autres parasites, protozoaires ou helminthes qui peuvent leur être associés, facilitant par

leur symbiose la pullulation ou la persistance des amibes dysentériques dans un intestin préparé, aggravant ainsi le syndrome dysentérique et facilitant son passage ou son maintien à l'état chronique.

D'ailleurs, en l'absence d'amibiase, la découverte souvent inattendue de certains de ces parasites permet de mettre une étiquette précise sur une foule d'états entéritiques tenaces et souvent graves. Bien des malades traînent depuis des mois et des années. La découverte dans leurs matières de kystes de lamblias, d'œufs d'ankylostomes, de douves et même de trichocéphales donne bien souvent la solution d'un problème diagnostique et thérapeutique qu'on s'efforçait vainement de résoudre.

On ne négligera pas enfin, toutes les fois qu'un doute persistera, de pratiquer dans les selles des malades la recherche du bacille de Koch, témoin d'une tuberculose intestinale pouvant évoluer soit seule, pour son propre compte, et génératrice des troubles gastro-intestinaux en cause, soit associée à l'amibiase.

CHAPITRE III

L'EVALUATION DE L'INVALIDITE

Une fois bien établies et la nature et l'origine de l'affection, sur quels éléments se basera l'expert pour évaluer à un taux d'invalidité raisonnable l'état d'infirmité de l'intéressé?

Cette évaluation, ainsi que l'indique le guide-barème, pourra être établie proportionnellement au nombre de selles et à l'atteinte plus ou moins grande de l'état général.

L'idéal serait-il de pouvoir disposer d'un barème très détaillé et dont chaque évaluation ne serait indicative que dans de faibles limites? Nous ne le pensons pas, et d'ailleurs il ne saurait en être question en ce qui concerne les dysenteries chroniques; la grande diversité des cas observés exige, au contraire, qu'une assez grande marge d'appréciation soit laissée aux experts.

C'est ainsi que pour notre première catégorie de malades : amibiens chroniques, avec amibes ou kystes persistant dans les selles, nous distinguerons, avec le décret de 1926 :

- a) Les malades ayant des selles peu nombreuses et un état général conservé. Leur taux d'invalidité évoluera de 10 à 30 p. 100.
- b) Les malades ayant des selles nombreuses et dont l'état général est atteint. On pourra aller dans ce cas de 40 à 60 p. 100.
- c) Les malades à l'état général fortement atteint, qui présentent un état de cachexie et de dénutrition et qui peuvent avoir des complications hépatiques ou toutes autres localisations ou complications : 60 à 100 p. 100.

Pour les malades guéris de l'amibiase, mais présentant des séquelles non parasitaires, nous envisagerons :

- a) Diarrhée chronique intermittente, sans retentissement sur l'état général : dans ces cas, évaluation de 10 à 25 p. 100.
- b) Diarrhée chronique intermittente avec retentissement sur l'état général, y compris toutes les localisations ou complications possibles : alors une large marge est laissée à l'appréciation de l'expert : 30 à 100 p. 100.

Enfin, dans les cas d'hépatite suppurée ancienne, guérie après opération, on propose d'accorder de 10 à 40 p. 100.

CHAPITRE IV

OBSERVATIONS

OBSERVATION I.

(Observation résumée de 16 cas de dysenterie amibienne chronique observés à l'Hôpital Sainte-Anne, à Toulon, par M. le Dr Dargein) (1).

Parmi ces 16 malades, tous traînent leur maladie depuis des mois, certains depuis sept ans. Ils ont fait déjà de nombreux séjours dans les infirmeries et les hôpitaux et on suivi un traitement qu'ils ont abandonné lors de leur retour à la vie civile.

Ce qui frappe chez presque tous, c'est une atteinte marquée de l'état général se traduisant par une perte de poids, de l'asthénie, une dénutrition très marquée chez certains.

Deux d'entre eux seulement avaient un état général satisfaisant et auraient pu n'être point considérés comme malades n'eût été la présence de kystes amibiens dans leurs selles.

Leur appétit est variable. Il est conservé chez les uns, chez d'autres il existe une véritable anorexie, sans dégoût électif pour les aliments. Les uns ressentent une sensation de ballonnement après les repas, pendant environ deux heures, s'accompagnant d'un impérieux besoin d'aller à la selle. D'autres ressentent une douleur au creux épigastrique, avec ou sans irradiation. Mais les douleurs sont surtout accusées au niveau de l'abdomen, tantôt continues, exagérées le plus souvent par la marche ou le travail fatigant.

Chez ces malades, l'abdomen était souple, dépressible, donnant

(1) *Archives de médecine navale*, 1921.

la sensation du ventre en chiffon; quelquefois rétracté, prenant la forme en bateau.

La pression réveillait de la douleur sur le trajet du gros intestin, mais surtout au niveau du cæcum et du côlon descendant.

Dans plusieurs cas, on sentait le cæcum distendu et le côlon descendant tendu comme une corde, roulant et fuyant sous le doigt, donnant, dans les cas les plus anciens, la sensation d'un tube rigide.

La moyenne des selles était de 3 à 4 par jour, mais allant, dans les périodes de rechutes, jusqu'à 8 et 10. Elles étaient molles, semi-pâteuses, jaune clair, ne devenant franchement liquides qu'au moment des crises, succédant souvent à une période de constipation.

On y retrouvait parfois des mucosités et du sang.

Leur production avait lieu aux différentes heures du jour ou de la nuit, dans certains cas une demi-heure après les repas.

En dehors de coliques, inconstantes, elles ne s'accompagnaient point d'épreintes ou de ténésme.

L'examen rectoscopique, pratiqué par MM. Oudard et Jean, montra :

Soit des ulcérations classiques de dysenterie amibienne, de la dimension d'une lentille, quelques-unes plus grandes, ayant un centimètre de diamètre, à bords rouges, un peu surélevés, saignant facilement, à fond gris clair, recouvert de placards de mucus opalescent. Ces ulcérations siégeaient surtout en haut, sur la valvule recto-sigmoïde; on retrouvait les mêmes ulcérations dans l'anse sigmoïde, où quelques-unes étaient confluentes;

Soit la présence d'ulcérations dysentériques nombreuses, surtout abondantes dans le tiers inférieur du rectum;

Soit une muqueuse infiltrée, présentant quelques cicatrices, sans ulcérations visibles;

Soit aucune ulcération; quelques petites cicatrices sur les bords des valvules.

Le diagnostic clinique a été contrôlé et confirmé par les recherches de laboratoire, qui ont décelé la présence d'amibes dysentériques et de kystes amibiens.

Chez l'un de ces malades, il y avait eu des symptômes de con-

gestion hépatique aiguë; chez un autre existait de la congestion chronique, se manifestant par une augmentation notable de volume du foie, qui débordait de trois travers de doigt les fausses côtes et était sensible à la pression. Ce dernier, sous-officier, qui avait contracté sa dysenterie en Syrie trois ans plus tôt, avait de temps à autre des poussées aiguës, avec douleur plus vive dans le côté droit se répercutant jusque dans l'épaule droite, et avec fièvre concomitante.

La tension artérielle, normale chez la plupart, descendait à 13-7 chez ceux qui présentaient une asthénie marquée.

OBSERVATION II (Personnelle).

(Malade que nous avons pu examiner grâce à l'obligeance de M. le Docteur AUGISTROU.)

M..., 27 ans, cultivateur, est envoyé pour expertise à M. le Docteur Augistrou à la suite de sa demande de revision de pension pour aggravation.

M..., étant télégraphiste du génie au Maroc, en 1925, prétend avoir présenté des troubles consistant uniquement en selles nombreuses (50 par jour, affirme-t-il), contenant du sang et des glaires, avec épreintes et ténésme. N'ayant pas été reconnu malade, il ne fit aucun séjour à l'hôpital ou à l'infirmerie. Ses troubles auraient persisté, et lors de sa démobilisation, en octobre 1926, il ne pèse que 51 kilos au lieu de 74.

Il fait alors une demande de pension et, en 1927, le Conseil de réforme de Bordeaux lui accorde un taux d'invalidité de 10 p. 100 pour dysenterie amibienne, bien qu'aucun examen n'ait pu amener la découverte de kystes ou d'amibes.

Le 23 juillet 1930, M..., dont l'état, selon ses propres déclarations, n'aurait fait qu'empirer, réclame une aggravation.

Il est hospitalisé à Limoges, où il est radiographié et où on lui dit « qu'il y a une localisation sur l'appendice ». On lui propose même une opération ultérieure. L'aggravation n'est pas reconnue par le Conseil de réforme.

Actuellement, M... prétend avoir en moyenne 15 selles par jour, parfois davantage. Il se plaint de coliques localisées à l'appendice et survenant sans horaire fixe, d'aigreurs, de vomissements glaireux, de maux de tête quotidiens, de saignements de nez, de tremblements. Il se sent affaibli.

Il accuse avoir de la bronchite tous les hivers.

A l'examen, douleurs abdominales assez vives, spontanées et à la pression; fosse iliaque droite douloureuse; côlons sensibles à la palpation; foie normal; état légèrement saburral; ventre rétracté; gargouillements dans la région appendiculaire; pas d'anémie.

Rien à signaler du côté des autres appareils.

Notons que M... a subi tous les traitements avec une grande persévérance : émétine, ipéca à la brésilienne, pâte de Ravaut, stovarsol, sulfarsénol, entéro-antigène, lavements au nitrate d'argent et au sulfate de cuivre et même sérum antidysentérique (bacillaire). En aucun cas la moindre amélioration ne fut constatée.

Pour le moment, il ne semble pas qu'il y ait lieu de conclure dans le sens d'une aggravation.

M..., d'ailleurs, se propose de porter son cas devant le Tribunal des pensions.

De cette observation, nous retenons, d'une part, le fait que le premier conseil de réforme ait porté le diagnostic de dysenterie amibienne sur des présomptions fort vagues et assez douteuses, et, d'autre part, l'absence d'examen complémentaires fort intéressants, tels que la rectoscopie et notamment la recherche du bacille de Koch.

OBSERVATION III (Inédite).

(Observation résumée, due à l'obligeance de M. le Docteur DARGEIN.)

X..., ouvrier de l'arsenal, 30 ans. Est en proie depuis la fin des hostilités à des crises solaires avec syndrome d'hypersthénie gastrique et amaigrissement marqué. Est envoyé en consultation de chirurgie à l'Hôpital maritime de Sainte-Anne. En l'absence d'indications nettes opératoires, X... est envoyé dans le service de médecine du Docteur Dargein.

A l'examen, ventre en chiffon, corde colique gauche très nette. On pratique une réactivation des selles par la méthode du lavement iodé, et l'examen révèle alors la présence de nombreux kystes d'amibes.

OBSERVATION IV (Inédite).

(Observation résumée, due à l'obligeance de M. le Docteur DARGEIN).

X..., second-maître du cuirassé *Jean-Bart*, entre à la clinique médicale de Sainte-Anne pour hémorroïdes.

Il présente des phénomènes de rectite, avec émission de sang rouge vif accompagnant les selles et en imposant pour du sang d'origine hémorroïdaire.

Mais un examen rectoscopique est pratiqué : il montre des lésions de rectites, avec polype saignottant. L'analyse des selles montre la présence de kystes d'amibes.

Guérison rapide par l'émétine.

OBSERVATION V (Inédite).

(Observation résumée, due à l'obligeance de M. le Docteur DARGEIN).

X..., lieutenant de vaisseau, présente des phénomènes analogues à ceux rapportés dans la précédente observation.

Ces troubles, en l'absence d'examen rectoscopique, en imposaient pour la présence d'hémorroïdes. Le malade avait été traité par des bains de siège et l'application de pommades cocaïnées.

Un examen rectoscopique montra de la rectite, avec ulcérations. Les selles renfermaient des amibes.

Guérison rapide par le traitement éméтинien.

OBSERVATION VI.

(D'après ROUX et SAVIGNAC) (1).

Une malade, d'un état général toujours assez précaire, et qui était suivie pour des accidents dyspeptiques banaux de type sensitivo-moteur de Mathieu, avec constipation, depuis une dizaine

(1) Société de gastro-entérologie de Paris, séance du 10 janvier 1927.

d'années environ, voit survenir au cours de 1913 un syndrome dysentérique chronique : coliques abdominales, épreintes, constipation, évacuation, par crises, de selles fréquentes avec glaires sanglantes. Au début de 1914, un examen de selles par le Docteur X... révélait la présence de kystes d'*Amœba hystolytica*. La malade est soignée par les lavements de nitrate d'argent, le kossam et l'émétine. Cette dernière donne toujours une amélioration locale, mais détermine de tels accidents généraux, et surtout un tel syndrome de paraplégie, qu'on est obligé de l'abandonner. Tant bien que mal, avec des crises de temps en temps et grâce à une vie très réduite et de grands soins généraux et locaux (pansements rectaux), la malade mène une existence possible.

Un examen rectoscopique, en 1916, permet de constater l'existence d'une rectite ulcéreuse typique, mais sans aucune autre lésion pariétale.

Le poids s'abaisse peu à peu de 48 à 42 kilos, en 1917, avec oscillations et parfois des reprises.

En 1917, nouvel examen de selles par le Docteur Mesnil (de l'Institut Pasteur), qui confirme l'existence de kystes d'amibe dysentérique.

Avec des séries courtes d'émétine, des pansements rectaux de salvarsan, de l'amibiasine, pâte de Ravaut, etc., on arrête les poussées trop vives et on maintient la malade dans un état à peu près satisfaisant.

Mais des poussées dysentériques plus ou moins vives surviennent de temps en temps.

A partir de 1917, le poids oscille entre 42 et 43 kilos. Cependant, en 1920, il remonte à 44 kg. 900. Par les pansements rectaux à l'arsénobenzol, suivant la méthode du Docteur Taillandier, et des petites cures d'émétine, la malade est plutôt mieux. Elle perd moins de sang, les douleurs rectales sont bien diminuées. L'état général est meilleur.

C'est alors qu'en mars 1921 surviennent des crises d'une allure tout à fait nouvelle : ce sont, sur un fond de douleurs constantes dans la fosse iliaque gauche, des crises d'exacerbation, sous forme de coliques, avec perception d'une boule qui apparaît et disparaît,

en même temps que s'entend un bruit de gargouillement. Il y a deux ou trois selles par jour en diarrhée, avec parties formées et peu de glaires ou de sang. Les selles sont toujours suivies d'une crise douloureuse dans la fosse iliaque gauche. A la palpation, on sent, à gauche, un S iliaque en boudin, ferme, accolé à l'os iliaque, peu mobile et très douloureux.

A l'occasion d'une colique, on constate une tension intermittente de la partie colique sus jacente. Par le toucher rectal combiné à la palpation abdominale, on sent, dans la fosse iliaque gauche, une masse allongée du volume d'un gros œuf, peu mobile et douloureuse. Il n'y a pas de doute : il s'agit d'une sténose de l'anse sigmoïde. On pense qu'elle est causée par un rétrécissement consécutif à la cicatrisation d'une ulcération amibienne, tout en faisant des réserves à cause du volume de la tumeur.

Le 16 mars, le Professeur Gosset opérait la malade. Il constatait l'existence d'un néoplasme sténosant de la partie inférieure de l'anse sigmoïde, avec envahissement du méso. Il pratiquait un anus iliaque définitif. L'état de la malade s'aggravait assez vite.

En juin 1924, apparaissaient des signes indéniables de métastase intrathoracique, à laquelle la malade succombait.

OBSERVATION VII (Résumée).

Rapportée par M. CAIN.) (1).

Il s'agit d'un médecin qui, au cours de séjours prolongés aux colonies, avait contracté une dysenterie amibienne, améliorée par l'émétine. Il accusait seulement quelques troubles entéro-colitiques; les amibes faisaient défaut dans les selles et il se considérait comme guéri, lorsqu'il présentait des évacuations glairo-sanguinolentes, une constipation marquée, des épreintes, du ténésme. On découvrit une tumeur ulcéro-végétante, accessible au doigt, adhérente au plan antérieur. Par contre, il n'existait aucune ulcération dysentérique, et les selles ne contenaient plus d'amibes. L'évolution fut rapide; la mort fut hâtée par l'apparition d'une fistule recto-vésicale.

(1) Société de gastro-entérologie, Paris, 10 janvier 1927.

OBSERVATION VIII.

(M. CAIN.)

Il s'agit aussi d'un médecin, de retour des colonies : l'examen rectoscopique montra chez lui une recto-sigmoïdite dysentérique avec des ulcérations typiques contenant des amibes pathogènes.

Malgré le traitement émétino-arsenical, les troubles ne s'amendèrent pas. Aux selles glaireuses succédèrent des selles ichoreuses et sanguinolentes; l'état général s'altéra.

Un deuxième examen rectoscopique pratiqué quelques mois après le premier fit découvrir un épithélioma ulcéro-végétant.

OBSERVATION IX (Inédite).

Rapport d'expertise de M. le Professeur MURATET.

Je soussigné, L. Muratet, docteur en médecine, etc., commis par jugement du Tribunal départemental des pensions en date du..., à l'effet de procéder à l'examen des pièces du dossier de M..., décédé le ... et de tous autres documents qui pourront m'être présentés, afin de déterminer :

- 1° Quelle était la nature de la dysenterie dont fut atteint M...;
- 2° Si l'on peut considérer que cette dysenterie est en relation avec la tuberculose pulmonaire qui est apparue en septembre 192... et quelle est cette relation; s'agit-il d'une relation étroite, ou cette dysenterie, ainsi du reste que le paludisme, n'ont-ils agi que comme une cause d'affaiblissement laissant M... dans un état de moindre résistance à l'envahissement du bacille tuberculeux.
- 3° S'il n'existe pas de relation entre la dysenterie et la tuberculose pulmonaire, la dysenterie doit-elle être considérée comme totalement étrangère au décès.

Après avoir pris connaissance des pièces du dossier, exprime mon opinion dans le présent rapport en répondant dans l'ordre aux questions qui me sont posées.

- 1° M..., atteint de diarrhée dysentérique contractée en ser-

vice, a été évacué par le médecin-major du 4^e R. I. C. le 1^{er} septembre 1918 sur l'ambulance alpine n° x, qui le lendemain le fit passer à l'hôpital temporaire y de l'armée d'Orient où il fut soigné pendant un mois. A cette date il fut dirigé sur la base navale française. Entré le 27 octobre 1918 à l'hôpital 153 bis à Nice, il en sortit le 18 novembre 1918 avec le diagnostic « Dysenterie bacillaire clinique » et l'observation « amélioré ».

Durant deux mois M... fut donc traité pour dysenterie et quand il sortit de l'hôpital de Nice, il n'était pas guéri. Le diagnostic fut simplement clinique. Il n'est fait mention d'examen microscopique des selles qu'à la date du 19 mai 1923 où M. le médecin principal de 2^e classe Rhubenthaler, chef du laboratoire de la 18^e région, à Bordeaux, trouva des « kystes mûrs, typiques, tétranucléés, d'environ 12 μ , d'Entamœba dysenteriae ». Il est donc certain que M... fut atteint de dysenterie amibienne. Cette dysenterie remonte très probablement à 1918. Non diagnostiquée et non traitée spécifiquement, elle a poursuivi son évolution jusqu'en 1923, les kystes trouvés à cette époque dans les fèces en sont la signature indiscutable.

Seule la dysenterie amibienne peut évoluer ainsi pendant des années, suivant l'âge et la résistance de l'individu qui en est porteur. La dysenterie bacillaire est aiguë, son évolution est beaucoup plus rapide : de quelques jours à quatre à cinq mois dans les cas très rares où elle devient chronique.

2° M... était un malingre. Son état signalétique et des services mentionne qu'il a été ajourné en 1915 pour faiblesse et qu'il ne fut incorporé que le 8 août 1916. Il a contracté en Orient du paludisme et une dysenterie dont la nature fut méconnue parce que non recherchée. Cette dysenterie continua à évoluer jusqu'en mai 1923, date à laquelle sa nature fut précisée. Entre temps il fut soigné, depuis le mois de septembre 1922, pour une tuberculose pulmonaire.

Quand le diagnostic clinique de tuberculose a été posé, les lésions devaient être assez avancées et la maladie évoluait depuis un temps qu'il est impossible de déterminer mais qui était très probablement assez long.

Il n'est pas douteux, à mon avis, que la dysenterie chronique amibienne dont M... était atteint ait joué un rôle considérable sur l'évolution de la tuberculose. Ce rôle a pu être simple ou double.

- a) Il est fort possible que la dysenterie, par les lésions profondes ulcératives de la muqueuse intestinale qui la caractérisent, ait créé la véritable porte d'entrée du bacille tuberculeux;
- b) Par les hémorragies constantes qu'elle provoquait, la dysenterie a pu venir ajouter son action à celle du paludisme et déterminer ainsi un état de moindre résistance à l'envahissement du bacille tuberculeux;
- c) L'influence de la dysenterie a pu être double : les plaies intestinales dysentériques ont pu avoir servi de porte d'entrée à la tuberculose dont elles ont ensuite favorisé l'évolution en provoquant une anémie profonde d'origine hémorragique.

3° Pour les raisons indiquées ci-dessus j'estime que la dysenterie amibienne dont était atteint M... a exercé une influence incontestable sur l'évolution de la tuberculose à laquelle il a succombé.

En résumé, et pour conclure :

1° M... était atteint de dysenterie amibienne remontant très probablement à 1918.

2° Cette dysenterie, de nature méconnue, évoluant sur un homme malingre et de plus paludéen, a pu, par les lésions profondes ulcératives qu'elle a déterminées dans l'intestin et par la persistance ininterrompue et quasi indéfinie de ces lésions, ouvrir une vaste porte d'entrée à l'infection tuberculeuse. Si cette hypothèse très plausible n'est pas admise, cette dysenterie — et ceci est incontestable — a mis le malade dans un état de moindre résistance par les hémorragies permanentes et les suppurations qu'elle occasionnait.

L'infection tuberculeuse s'est ainsi établie plus aisément et son évolution a été plus rapide et plus maligne.

3° Pour les mêmes raisons que ci-dessus j'estime que la dysenterie n'est pas étrangère au décès de M..., mais bien au contraire

qu'elle a contribué, pour une large part, à ce décès : soit qu'elle ait ouvert elle-même la porte d'entrée à l'infection tuberculeuse, soit qu'elle ait contribué à l'évolution rapide de cette infection par l'état cachectique qu'elle a créé et qui, à lui seul, aurait pu déterminer la mort.

N. B. — Le tribunal, après homologation des conclusions des experts, a donné gain de cause à la veuve M...

OBSERVATION X (Inédite).

Rapport d'expertise.

Je soussigné, L. Muratet, etc., commis par décision du Tribunal des pensions de la Gironde à l'effet de procéder à l'examen de T... et des pièces de son dossier afin de déterminer :

1° Quels sont les signes ou reliquats de dysenterie amibienne qu'il présente actuellement;

2° Quel est le taux d'invalidité qui en résulte;

3° La commission de réforme du 16 décembre 1923 a-t-elle sous-estimé son invalidité et, dans l'affirmative, quel est le taux qui aurait dû être fixé.

Après avoir pris connaissance des pièces du dossier, examiné T... et fait une analyse de ses selles et de ses urines, exprime mon opinion dans le rapport suivant en répondant dans l'ordre aux questions qui me sont posées :

1° T... a les apparences d'un homme jouissant d'une bonne santé. Son teint est celui d'un campagnard, coloré, hâlé, mais non ictérique ou subictérique. Il n'a pas maigri et pèse 67 kilos (taille 1 m. 66). La langue est rose, l'appétit bon. Le foie n'est pas augmenté de volume. La rate n'est pas perceptible. Un réseau veineux superficiel peu accentué sillonne la partie gauche de l'abdomen. Le ventre est souple, non ballonné, non douloureux à la palpation. Il existe un bourrelet hémorroïdaire peu volumineux.

Les urines ne contiennent ni glucose ni albumine. Les fèces émises au laboratoire vingt-quatre heures après l'absorption d'un

purgatif salin sont pâteuses, de couleur normale, ne présentent ni sang, ni mucus glaireux à leur surface.

Dans ces fèces l'examen microscopique ne décèle la présence ni d'amibes, ni de kystes amibiens, ni de parasites, ni d'œufs de parasites intestinaux. Les débris alimentaires sont fragmentés et bien digérés. On ne trouve pas de fibres musculaires striées. On ne trouve pas non plus de globules rouges.

T... dit être habituellement constipé, aller à la selle tous les trois ou quatre jours seulement et présenter des gaz et des gargouillements abdominaux. Deux ou trois fois par an, il aurait des débâcles de peu de durée (deux ou trois jours).

En résumé, T... présente comme reliquats de sa dysenterie de la constipation et des hémorroïdes.

2° Le taux d'invalidité qui résulte de ces troubles actuels me paraît être inférieur à 10 p. 100.

3° La commission de réforme du 16 décembre 1925, statuant sur les deux certificats d'expertise médicale des Docteurs J... et P... ne me paraît pas avoir sous-estimé mais au contraire avoir justement apprécié le taux d'invalidité pour des reliquats très légers de dysenterie amibienne.

N. B. — Le Tribunal homologua les conclusions des experts et débouta T...

OBSERVATION XI (Inédite).

Rapport d'expertise.

Je soussigné, L. Muratet, docteur en médecine, etc., nommé expert avec dispense de serment par M. le Président du Tribunal départemental des pensions de la Gironde, à l'effet d'examiner M. X..., capitaine de corvette, et de déterminer si les reliquats de dysenterie amibienne et d'abcès du foie qu'il présente n'occasionnent pas un taux d'invalidité supérieur à 10 p. 100, après m'être acquitté de la mission qui m'était confiée, exprime mon opinion dans le présent rapport.

M. X... a été atteint de dysenterie amibienne compliquée d'abcès du foie et a subi, pour cette complication, une intervention

chirurgicale. C'est un homme maigre et élancé, ayant cependant les apparences d'être en bonne santé, ne présentant ni ictère, ni subictère. Il se plaint de crises douloureuses fréquentes, véritables coliques intestinales, avec alternatives de diarrhée et de constipation. Les selles contiennent assez souvent des fausses membranes et parfois du sang, ce dernier attribué à la rupture de petites hémorroïdes. L'abdomen n'est pas ballonné. Il est sensible à la palpation dans la fosse iliaque droite et sur le trajet du côlon. Il existe un bourrelet hémorroïdaire qui explique la présence intermittente du sang dans les selles. Les selles que j'ai examinées sont pâteuses, molles, de couleur jaune verdâtre. Elles contiennent quelques scybales et du mucus glaireux en assez grande abondance. A l'examen microscopique on ne trouve ni parasites, ni œufs de parasites et, plus spécialement, ni amibes ni kystes amibiens. La flore iodophile est très abondante. Les débris alimentaires bien conservés y sont anormalement nombreux : grains d'amidon, fragments de fibres musculaires avec leur double striation. Ces caractères sont ceux d'une entérocolite muco-membraneuse et cadrent parfaitement avec les troubles invoqués par M. X... L'urine ne contient ni glucose, ni albumine, ni urobiline, ni pigments biliaires. Elle contient de l'indican et du chromogène en quantité 20 fois plus considérable environ que normalement.

La cicatrice opératoire de l'abcès du foie se présente, longue de 15 centimètres, à la partie latérale droite du thorax. Elle est oblique d'avant en arrière et de haut en bas. Déprimée vers son tiers supérieur sur une surface irrégulièrement étoilée de 3 à 4 centimètres carrés, elle est linéaire au-dessus et au-dessous de cette dépression. Elle est bordée des deux côtés par un bourrelet saillant, polycyclique au niveau de la dépression, régulier en ses autres parties. Cette cicatrice, ayant la coloration de la peau normale qui l'entoure, est adhérente profondément mais non douloureuse. Le foie dépasse légèrement le rebord des fausses côtes. Il est sensible à la palpation, au niveau du bord inférieur et de la vésicule biliaire.

L'examen clinique et les résultats des recherches de laboratoire me permettent de conclure que les reliquats de dysenterie (enté-

rite muco-membraneuse, hémorroïdes) et d'abcès du foie qui en a été la complication, déterminent chez M. X... une invalidité que j'évalue actuellement et globalement au taux de 20 p. 100.

N. B. — Le Tribunal, après avoir examiné les conclusions des experts, attribua à M. X... le taux de 15 p. 100.

OBSERVATION XII (Inédite).

Rapport d'expertise.

Je soussigné, L. Muratet, docteur en médecine, etc., commis par décision du Tribunal des pensions de la Gironde, à l'effet de procéder à l'examen de G... et des pièces de son dossier, afin de déterminer :

1° Quelle est la nature de la diarrhée chronique dont est atteint G...

2° Quelle en est la cause et l'origine.

3° Cette maladie remonte-t-elle à une époque où G... était encore mobilisé.

4° Existe-t-il dans le service de G... des faits ou des fatigues de nature à expliquer cette maladie.

5° Quelle est l'invalidité de G... afférente à cette infirmité.

6° L'expert estime-t-il que cette maladie doit être imputée au service militaire.

Après avoir examiné les pièces du dossier, examiné G... et pratiqué deux analyses de ses fèces et une de ses urines, exprime mon opinion dans le rapport suivant, en répondant dans l'ordre aux questions qui me sont posées.

« 1° G... est un homme de 43 ans, mesurant 1 m. 71 et pesant 65 kilos. Il a le teint mat, les muqueuses décolorées, la langue blanche. Son appétit est nul. Son foie est légèrement augmenté de volume et dépasse d'un travers de doigt le rebord des fausses côtes. La rate n'est appréciable ni à la palpation ni à la percussion. L'estomac et l'intestin ne sont pas douloureux à la palpation. Deux examens de fèces ont été pratiqués; la défécation ayant eu lieu au laboratoire. Le 28 février, les selles sont liquides, glaireuses, de

couleur jaune d'œuf, avec grumeaux de lait coagulé. Elles ont l'aspect de selles d'enfant nourri au lait et atteint d'entérite. On y trouve des corps gras et des acides gras, quelques œufs de *Trichocephalus trichiurus*, pas d'amibes ni de kystes amibiens, de rares kystes de *Lamblia intestinalis*. Le 21 mars, l'aspect des fèces est tout différent. Liquides, mais de couleur noir rougeâtre (sauce au vin), elles présentent des fragments musculaires gros comme des noisettes, des débris végétaux volumineux : petits pois et feuilles ayant conservé leur coloration. Elles ne sont pas putrides, la traversée digestive devant être extrêmement rapide. L'examen microscopique permet de reconnaître, outre des débris alimentaires très fragmentés, un très grand nombre de kystes de *Lamblia intestinalis*. On en trouve une vingtaine par champ microscopique. G... dit avoir actuellement 4 à 5 évacuations journalières analogues à celles-ci; elles sont rarement précédées ou accompagnées de coliques. Les urines ne contiennent ni glucose ni albumine.

» La conclusion de cet examen est que G... est atteint de diarrhée chronique à *Lamblia intestinalis*.

» 2° Quelles sont la cause et l'origine de cette diarrhée ? Il est impossible de le préciser. Les auteurs admettent que le parasite introduit accidentellement chez l'homme ne peut s'adapter que dans un tube digestif ayant subi certaines modifications pathologiques. La vie dans les contrées chaudes, par les troubles intestinaux qu'elle occasionne, facilite beaucoup l'infection par ce parasite. *Lamblia intestinalis* n'est pas rare en France. On le trouve assez souvent à Paris (Brumpt et Gaiffon), et nous l'avons trouvé à Bordeaux. Si l'on admet que G... a eu la dysenterie en 1915 dans le Sud-Tunisien et qu'il a conservé depuis de la diarrhée, l'infection à *Lamblia* peut en être considérée comme une complication, favorisée en outre par la ptose intestinale révélée par l'examen radioscopique de G...

» 3° Mais rien dans le dossier de G..., sauf le certificat de son camarade B..., ne permet d'affirmer que G... a eu la dysenterie. Il prétend bien avoir contracté cette maladie en 1915 dans le Sud-Tunisien. Elle aurait duré un mois et aurait été traitée par lavements. Puis, dans les nombreux hôpitaux où G... a été soigné pour

conjonctivite (Amiens, Caen, Gabès), on l'aurait en même temps soigné pour diarrhée. Rien de tel n'est mentionné sur les pièces du dossier. Aucun billet d'hôpital ne porte l'indication de troubles intestinaux quelconques. Plus vraisemblable est la version qui m'a été donnée par Mme G... Quand il s'est marié, G... se portait admirablement et pesait 83 kilos (1919). En juillet 1920, il accompagna sa femme à X...

» Là, au bout d'une quinzaine de jours, il présenta de la diarrhée, qui fut attribuée au changement de régime et à l'absorption de bière. Depuis, cette diarrhée aurait persisté, mais aurait été intermittente.

» Il ressort de ces faits que rien ne prouve que G... ait eu la dysenterie en 1915, rien ne prouve non plus qu'il ait eu de la diarrhée chronique de 1915 à 1920. Son état général à cette date et son poids semblent témoigner du contraire.

» D'après les faits exposés ci-dessus, je pense que l'état actuel peut remonter à 1920, après la démobilisation de G..., mais je ne saurais l'affirmer.

» 4° Je ne trouve dans le dossier rien qui permette d'imputer la maladie actuelle aux faits ou fatigues du service, sauf le séjour aux colonies, et encore dans les conditions exposées dans ma réponse à la deuxième question, à savoir : si l'on admet une dysenterie contractée en 1915 dans le Sud-Tunisien et suivie de diarrhée chronique.

» 5° Dans l'état actuel où se trouve G..., on peut évaluer à 50 p. 100 le taux de l'invalidité afférente à sa maladie.

» 6° En toute conscience, étant donnés les pièces du dossier et les renseignements qui m'ont été fournis par l'intéressé et par sa femme, les examens que j'ai pu faire, j'estime que la maladie dont est atteint G... ne doit pas être imputée au service militaire. »

N. B. — Après examen des conclusions des experts, le Tribunal a alloué à G... un taux d'invalidité de 50 p. 100.

OBSERVATION XIII (Inédite).

Rapport d'expertise.

Je soussigné, Muratet, docteur, etc., commis par le Tribunal départemental des pensions de la Gironde à l'effet d'examiner T..., de rechercher et dire, dans la mesure du possible, si la commission de réforme du 31 janvier 1929 a exactement apprécié l'invalidité du demandeur, en la fixant à 10 p. 100, après m'être acquitté de la mission qui m'était confiée, exprime mon opinion dans le rapport suivant :

« Je ferai tout d'abord remarquer que la commission de réforme du 31 janvier 1929 n'a pas fixé à 10 p. 100 l'invalidité, mais l'a déclarée inférieure à 10 p. 100. Elle s'est basée sur des rapports d'experts et sur des résultats d'analyse et a ainsi libellé sa décision.

« 1° Reliquat d'entérite dysentérique : Accuse des crises fréquentes de diarrhée (3 à 4 selles par jour), parfois avec du sang dans les matières. Objectivement, langue rosée mais sèche, foie non hypertrophié. Ventre non ballonné ni douloureux, sans gargouillements. Examen des selles : rien d'anormal. Bon état général.

« 2° Reliquats de paludisme : Accuse un accès fébrile tous les trois mois environ. Rate paraissant un peu augmentée de volume. Examen du sang : hémoglobine, 90 p. 100; éosinophiles, 2 p. 100. Pas de mononucléose, pas d'hématozoaires. Bon état général, pas d'anémie. »

« L'un des experts (Dr P...) trouvait la rate normale. Il indiquait le poids de 60 kilos pour une taille de 1 m. 66.

« En résumé, au moment des expertises médicales, T... ne présentait aucun signe objectif d'entérite dysentérique ni de paludisme, et la commission de réforme a justement apprécié à moins de 10 p. 100 l'invalidité qui résultait des troubles allégués.

« J'ai examiné T... le 20 avril. Il se plaint toujours de diarrhée et de maux de tête, avec étourdissements. Il n'a pas d'accès de paludisme. N'a pas interrompu son travail depuis trois mois, n'a

pas de diarrhée depuis plus de quinze jours, mais dit présenter de la céphalée, qu'il met sur le compte du paludisme.

» Il pèse actuellement 67 kilos. Il a la langue rose et humide, les conjonctives bien colorées, sans ictère ni subictère. Son ventre est souple, non douloureux, le foie et la rate paraissent normaux.

» Son sang contient 100 p. 100 d'hémoglobine; la formule leucocytaire est la suivante :

Polynucléés neutrophiles, 78,66 p. 100;

Lymphocytes, 13,66 p. 100;

Grands mononucléés, 4 p. 100;

Grands mononucléés à noyau lobé, 2,33 p. 100;

Eosinophiles, 0,34 p. 100;

Mastzellen, 1 p. 100.

» Les urines ne contiennent ni glucose ni albumine.

» Les matières fécales, pâteuses, bien colorées, ne contiennent ni amibes ni kystes amibiens. On y trouve quelques œufs de trichocéphales et des débris normaux de digestion, très fragmentés : grains d'amidon, cellules végétales, quelques fibres musculaires bien digérées.

» En résumé, T... paraît en meilleure santé qu'en 1929. Il le dit lui-même : il n'a plus d'accès de paludisme, n'est pas anémié et son poids a augmenté de 7 kilos.

» Pour conclure, la commission de réforme du 31 janvier 1929 me paraît avoir exactement apprécié l'invalidité du demandeur. »

N. B. — Après examen des conclusions des experts, le Tribunal a débouté T...

OBSERVATION XIV (Inédite).

Rapport d'expertise.

Je soussigné L. Muratet, docteur, etc., commis par jugement du Tribunal des pensions de la Gironde à l'effet d'examiner M... et de rechercher :

1° Si le demandeur présente des séquelles de paludisme ou de dysenterie.

2° Si l'état hépatique actuel peut être la conséquence de l'une ou de l'autre de ces maladies.

Après m'être acquitté de la mission qui m'a été confiée, exprime mon opinion dans le rapport suivant :

« M... a séjourné au Maroc du 22 septembre 1913 au 10 avril 1919. Durant ce long séjour, il est resté du 31 août 1915 au 7 octobre 1915 à l'infirmerie ambulance de G... et du 30 avril 1917 au 2 mai 1917 à l'ambulance de T..., sans que l'on sache pour quel motif. Du 13 novembre 1915 au 27 décembre 1915, il a été hospitalisé à l'Hôpital de Marrakech pour dysenterie amibienne. Dans son dossier, on ne trouve qu'une pièce d'origine concernant la dysenterie amibienne; on n'en trouve aucune concernant le paludisme, affection dont il n'est parlé que dans le procès-verbal de la commission de réforme du 1^{er} juin 1927. On aurait trouvé des bacilles de Koch dans les crachats, dit M..., en 1929. Le Docteur Denis, surexpert, le 10 mai 1929, trouve « une bacilliose pulmonaire à forme bronchitique et scléreuse, avec condensation du » lobe supérieur gauche ». Il ne mentionne pas de bacilloscopie positive.

» M... se plaint actuellement d'avoir des malaises assez fréquents, une dizaine de fois par an, malaises s'accompagnant d'une élévation de température à 38 degrés. C'est là ce qu'il appelle ses « accès » de paludisme », qui durent une demi-journée et se terminent le lendemain par un vomissement bilieux.

» M... n'a ni constipation ni coliques, mais s'il se refroidit, s'il enlève sa ceinture de flanelle, il va trois ou quatre fois à la garde-robe. Son appétit est capricieux. Son poids est de 64 kilos.

» C'est un homme au teint hâlé, brûlé par le soleil et le grand air, possédant un certain embonpoint, ayant engraisé de 7 kilos depuis 1927, et, apparemment, ne semblant pas malade. Sa langue est rose, non saburrale, humide : ses conjonctives sont bien colorées, présentant une très légère teinte subictérique. Le foie ne déborde pas le rebord des fausses côtes; il n'est pas douloureux. La rate n'est ni perceptible ni accessible à la palpation profonde.

» L'abdomen est proéminent. Au niveau du côlon descendant et de la vésicule biliaire, M... accuse une légère douleur à la palpation.

» Pas de gargouillement dans les fosses iliaques droite et gauche.

» L'examen du sang donne les résultats suivants :

Hémoglobine, 85 p. 100;

Pas de parasites endoglobulaires;

Pas de leucocytes mélanifères.

Formule leucocytaire :

Polynucléés neutrophiles, 65 p. 100;

Lymphocytes moyens et petits, 26,25 p. 100;

Grands mononucléés, 4,5 p. 100;

Grands mononucléés à noyau lobé, 4 p. 100;

Mastzellen, 0,25 p. 100.

» Les matières fécales sont pâteuses, non diarrhéiques, ne contiennent ni parasites, ni kystes, ni œufs de parasites, ni mucus, ni sang.

» On y trouve seulement des débris alimentaires très fragmentés et normaux.

» En résumé, on ne trouve ni dans le dossier, ni dans les examens de laboratoire, ni cliniquement, des éléments suffisants pour dire que M... a été atteint de paludisme et qu'il en présente des séquelles. Il ne présente pas non plus de séquelles de la dysenterie dont il a été atteint en 1915. Son poids a augmenté de 7 kilos depuis 1927. Les troubles intermittents, rares et d'ailleurs légers, qu'il présente actuellement : vomissements bilieux, selles diarrhéiques, légère hyperthermie (38°), étant données les conditions de leur apparition, ne peuvent être attribués soit à un paludisme ancien, possible mais non démontré, soit à une dysenterie n'ayant laissé, ni l'un ni l'autre, de séquelles objectives.

» Ces troubles on les constate fréquemment chez les bacillaires, et dans le cas particulier je les attribue à la nature de l'affection pulmonaire que présente M..., affection évoluant chez un malade dont le foie et l'intestin ont présenté antérieurement des signes pathologiques. »

OBSERVATION XV.

Rapport d'expertise.

Je soussigné, L. Muratet, docteur en médecine, etc., commis par jugement du Tribunal départemental des pensions, dispensé du serment, à l'effet d'examiner S... et d'évaluer au jour de la commission de réforme et au jour de l'expertise le taux d'invalidité occasionné :

1° Par la dysenterie et l'entérite;

2° Par le paludisme.

Après m'être acquitté de la mission qui m'a été confiée, exprime mon opinion dans le rapport suivant :

« La commission de réforme de Bordeaux devant laquelle est passé S... a ainsi rédigé son procès-verbal :

« Gastro-entérite chronique (allégation) avec coliques intermittentes, langue rosée, foie normal, légère dilatation gastrique, pas de gargouillement des fosses iliaques, ventre souple. Inférieur à 10 p. 100. Examen hôpital : conforme. »

» Cette commission de réforme ne parle pas de paludisme.

» Dans le dossier, nous trouvons le résultat d'un examen des selles fait le 6 juillet 1928 à l'Hôpital militaire de Bordeaux :

« Réaction de Meyer, négative. Pas de parasites. Résidus normaux. »

» Une radioscopie fut pratiquée qui ne montra rien de spécial.

» Il résulte de l'étude des pièces du dossier (rapports d'experts, observations feuille de radioscopie, bulletins de recherches cliniques) que la commission de réforme a justement apprécié à moins de 10 p. 100 les troubles consécutifs à la « diarrhée rebelle sans caractère spécial » pour laquelle S... fut soigné à l'Hôpital complémentaire 92, à Hyères, du 2 octobre au 26 novembre 1918. La copie du billet d'hôpital qui m'a été fournie porte la mention « guérison » à la date de sortie (copie jointe au dossier).

» En ce qui concerne le paludisme, S... nous fournit une copie

de billet d'hôpital provenant de l'Hôpital complémentaire 28, à Arcachon. Le diagnostic d'entrée était « entérite aiguë, paludisme » à la date du 14 janvier 1919. A la sortie, le 8 février 1919, le diagnostic était « entérite aiguë, paludisme, anémie ».

» Nous ferons remarquer que le paludisme n'a pas été confirmé, qu'il n'en est pas question dans le certificat du Docteur D... et que ni la commission de réforme ni les experts n'y font allusion. Le demandeur lui-même n'en parle pas dans sa déclaration portant demande de pension. Nous ne pouvons donc apprécier quel était le taux d'invalidité déterminé par une affection pour laquelle, en octobre 1928, il n'était pas fait de réclamation. C... a été examiné par moi. Il se plaint de ne pas manger, d'avoir des coliques fréquentes avec de la diarrhée et parfois de la constipation. Il aurait des vomissements bilieux le matin à jeun. Pas de céphalée. Agé de 43 ans, il mesure 1 m. 62 et pèse 58 kilos. C'est un homme au teint bronzé des gens qui vivent en plein air, au bord de la mer. Il paraît très nerveux. A mes premières questions, il se met à pleurer et je finis par lui faire avouer qu'il est soigné « par des douches » et qu'il suit « un régime contre les nerfs ». Il aurait des évanouissements.

» Sa langue est rosée, humide, non saburrale. Ses conjonctives sont un peu décolorées, mais sans ictère ni subictère. Le foie ne déborde pas le rebord des fausses côtes. Il n'est pas douloureux à la palpation profonde. On ne trouve pas la vésicule biliaire, qui n'est pas sensible. La rate n'est ni percutable ni accessible à la palpation. L'estomac est très légèrement dilaté et un peu douloureux au niveau du pylore. L'abdomen est souple et non rétracté, non douloureux. L'urine, recueillie au laboratoire, ne contient ni glucose, ni albumine, ni urobiline. Les selles, recueillies également au laboratoire, sont noires, pâteuses. Elles ne contiennent ni mucus, ni glaires, ni sang, ni parasites, ni kystes, ni œufs de parasites. Elles renferment des débris alimentaires très fragmentés, normaux, sans fibres musculaires.

» Le sang contient 90 p. 100 d'hémoglobine, avec 4.600.000 globules rouges par millimètre cube.

» La formule leucocytaire est la suivante :

Polynucléés neutrophiles, 62 p. 100;

Lymphocytes petits et moyens, 33 p. 100;

Grands mononucléés, 2 p. 100;

Grands mononucléés à noyau lobé, 3 p. 100;

Eosinophiles, 1 p. 100.

» En résumé, nous nous trouvons en présence d'un homme très nerveux qui se plaint de troubles gastriques peu accentués, ne présentant que des signes objectifs très réduits : légère dilatation de l'estomac, sensibilité de la région pylorique, très légère baisse du taux de l'hémoglobine, avec selles et urines absolument normales. Dans une pièce du dossier, émanant du médecin major de 1^{re} classe A..., dans le service duquel S... avait été mis en observation, pièce datée du 16 mars 1917, il est dit : « C'est un homme » très vigoureux, dont l'état général est excellent. Il y a six mois, » il pesait 53 kilos. Il en pèse 55. » Actuellement, S... pèse 58 kilos.

» Pour conclure et pour répondre dans l'ordre aux questions qui m'ont été posées :

» 1° A la date du 24 octobre 1928, le taux d'invalidité occasionné par la dysenterie et l'entérite était inférieur à 10 p. 100.

» 2° A la date de la présente expertise, il est également inférieur à 10 p. 100.

» 3° A la date du 24 octobre 1928, S... ne demandait rien pour le paludisme, et le procès-verbal de la commission de réforme ne mentionne même pas cette affection. On ne saurait taxer une invalidité non alléguée, inexistante.

» 4° A la date de la présente expertise, il n'existe aucun signe objectif pouvant faire supposer que le paludisme a existé et qu'il a laissé des séquelles. Je ne saurais, par conséquent, évaluer le taux de l'invalidité occasionnée par cette affection. »

OBSERVATION XVI (Personnelle).

(Prise au Laboratoire de M. le Professeur MURATET.)

Il s'agit de M. B..., âgé de 38 ans, exerçant la profession de jockey. B... a contracté le paludisme et la dysenterie à Salonique au cours d'un séjour de vingt-trois mois en Orient.

B..., qui s'est présenté devant le conseil de réforme en 1929 seulement, n'a pas obtenu satisfaction, le conseil ayant déclaré que le taux d'invalidité qui pouvait lui être alloué était inférieur à 40 p. 100. Il fait appel à la juridiction du Tribunal départemental des pensions.

Le jugement du Tribunal a décidé d'envoyer en observation à l'hôpital militaire l'intéressé, « afin d'examen pour rechercher s'il est atteint de reliquats de paludisme et de dysenterie », et de le faire ensuite examiner par M. le Professeur Muratet, désigné comme expert « à l'effet d'indiquer le taux d'invalidité qui résulte de ces infirmités ».

B... est un sujet plutôt maigre, de 1 m. 70, et qui pèse 56 à 57 kilos (B..., malgré sa profession, ne suit aucun régime spécial). C'est un individu très nerveux, présentant des tachycardies fréquentes. Il prétend ne pas abuser d'alcool. Teint bien coloré, langue rose et humide; ni ictère, ni subictère.

B... se plaint de gargouillements dans la région du côlon transverse, sans coliques. Il porte une ceinture de façon constante.

Ses selles, nous dit-il, sont liquides, putrides, ne contiennent pas de sang et sont parfois légèrement enrobées de mucus. Il présente de temps à autre des périodes de constipation d'une durée de quatre à cinq jours, suivies de débâcle diarrhéique provoquée par une purgation.

Le foie est augmenté de volume, débordant d'un travers de doigt le rebord costal. Il existe une sensibilité marquée à la pression de la région vésiculaire.

La rate n'est pas perceptible.

Le ventre est normal; pas de dilatation stomacale; absolument rien à signaler à la palpation abdominale.

Des examens pratiqués à l'hôpital militaire, et qui nous sont communiqués, nous retenons ceci :

Radioscopie. — Foie augmenté de volume dans son ensemble
Rate non visible.

Sang :

Hémoglobine, 85 p. 100;

Globules rouges, 4.520.000;

Globules blancs, 6.200.

Formule leucocytaire :

Polynucléaires neutrophiles, 76;

Lymphocytes, 14;

Grands mononucléaires, 8;

Eosinophiles, 2.

Selles. — Semi-molles, à réaction fortement alcaline; pas de sang; résidus digestifs normaux. Recherche des parasites, kystes et amibes, négative après enrichissement.

En résumé, B... présente un foie légèrement augmenté de volume, un point vésiculaire, un taux d'hémoglobine légèrement déficient.

Tout ce qui précède semble attribuable au paludisme, dont B... prétend avoir trois ou quatre crises assez frustes chaque année.

Quant à l'amibiase, qui fut soignée pendant huit jours à l'émétine en 1918, et qui parut alors guérie, de l'aveu même de l'intéressé, il ne semble pas qu'elle ait laissé de séquelles ou, en tout cas, de trouble justifiant un taux d'invalidité de 40 p. 100 ou davantage.

CONCLUSIONS

Tant de l'étude des séquelles de la dysenterie amibienne que des observations de malades et de l'examen des expertises dont ils sont l'objet, nous sommes amené aux conclusions suivantes :

I. — La dysenterie amibienne, qui se présente aujourd'hui non plus comme une affection seulement exotique, mais aussi dans bien des cas autochtone, est une maladie tenace ayant des tendances à la chronicité et susceptible de laisser après elle de nombreuses séquelles.

II. — Ces séquelles, dont la description au moins sommaire est nécessaire aux experts et aux juges qui peuvent avoir à en connaître, sont de deux ordres :

- a) Les unes sont constituées par la chronicité de l'amibiase elle-même et les complications auxquelles elle expose :

Entérite chronique amibienne.

Hépatites aiguës et chroniques, abcès du foie.

Localisations viscérales diverses.

Hémorragies, perforations.

Péritonite dysentérique.

Lésions de l'appendice.

Tuberculose pulmonaire, intestinale et péritonéale.

- b) Les autres sont des séquelles non parasitaires :

Sympathose abdominale.

Dégénérescence scléreuse.

Brides cicatricielles.
Rétrécissements du rectum.
Ulcères rebelles.
Hémorroïdes.
Appendicite, péritonite postdysentériques.
Polypose recto-sigmoïdienne.
Possibilité de dégénérescences cancéreuses.

III. — Il est à souhaiter, dans l'intérêt de l'expertise médico-légale et pour la précision du diagnostic, qu'une extension de plus en plus grande soit donnée à un procédé d'exploration qui, entre les mains de spécialistes compétents, apporte des renseignements complémentaires de la plus grande utilité : la recto-sigmoïdoscopie.

IV. — Un soin tout particulier doit être apporté à la recherche des amibes et des kystes dans les selles. Les examens doivent être répétés le plus souvent possible et exécutés dans les conditions requises. Le procédé de simili-homogénéisation de MM. Carles et Barthélemy pour l'enrichissement des selles est à recommander.

V. — La recherche des amibes et des kystes devra toujours être complétée par celle des autres parasites intestinaux protozoaires ou helminthes et même par celui du bacille de Koch.

VI. — Une fois le diagnostic d'amibiase précisé et l'origine déterminée, l'évaluation du taux d'invalidité sera basée sur le nombre des selles émises par le malade et particulièrement sur l'appréciation de son état général.

VU, BON A IMPRIMER :

VU : *Le Doyen,*
C. SIGALAS.

Le Président,
P. LANDE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 2 décembre 1931.

Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ACHARD et FOIX. — Deux cas d'amibiase hépatique avec cirrhose hypertrophique. *Arch. de méd. expér.*, juill. 1911.
- AINE. — Le traitement médicamenteux et thermal des séquelles intestinales de l'amibiase. *Journ. méd. franç.*, Paris, 1921, X.
- BENSAUDE. — Traité de thérapeutique de Sergent. Article « Cancer du rectum. »
— L'endoscopie intestinale. *Rev. méd. franç.*, févr. 1927.
- BRAÏLOWSKY-ZÉNAÏDE. — L'examen rectoscopique et radiologique dans les dysenteries. Thèse Paris, 1919.
- CAIN. — Association de l'amibiase et du cancer. *Journ. méd. franç.*, févr. 1929.
- CARLES (J.). — La dysenterie amibienne et les entérites chroniques de guerre. Vigot, édit.
— L'avenir des dysentériques amibiens. *Journ. méd. franç.*, Paris, 1921, XI.
— Les entérites chroniques de guerre. *Presse médicale*, 10 févr. 1919.
- CARLES et BARTHÉLEMY. — Les procédés d'enrichissement des selles en coprologie. *Journ. de méd. Bordeaux*, sept. 1917.
- CARLES (J.) et FROUSSARD. — Les séquelles gastro-intestinales des dysenteries et des paratyphoïdes. *Arch. des mal. de l'app. digest. et de la nutrition*, Paris, 1916.
— Les lésions recto-coliques de la dysenterie amibienne, *Presse médicale*, 15 mars 1917.
— Les reviviscences de la dysenterie amibienne. *Progrès médical*, 5 déc. 1916.
- CHARPIN. — L'amibiase chronique en France. Thèse Paris, 1919.

- CHAUFFARD. — La dysenterie amibienne chronique. *Presse médicale*, 10 févr. 1919.
- Les rechutes dans la dysenterie amibienne. *Bull. méd.*, 13 déc. 1913.
- DARGEIN. — Sur seize cas de dysenterie amibienne chronique à l'Hôpital Sainte-Anne. *Arch. méd. et pharm. navales*, Paris, 1921, CXI.
- DERRIEN. — Les dysenteries à Salonique en 1918. *Bull. de la Soc. de path. exot.*, Paris 1920, XII.
- DOPTER. — L'anatomie pathologique de la dysenterie amibienne. *Arch. de méd. expér. et d'anat. pathol.*, juill. 1907.
- DUCO et BLUM. — Guide pratique du médecin dans les expertises médico-légales militaires. Masson, 1917.
- GAULTIER (René). — Epithélioma rectal greffé sur une giardase. *Arch. des mal. de l'app. digest. et de la nutrition*, 9 nov. 1926.
- GLEY et BALTAZARD. — Rapport sur les expertises médicales des pensions militaires. *Bull. de l'Acad. de médecine*, Paris, 1923, 30.
- Guide-Barème des Invalidités* : Charles-Lavauzelle, édit., 1931.
- LAUBRY et MARC. — Syndromes entériques chroniques et aptitude militaire. *Presse médicale.*, 20 sept. 1917.
- LAUTMANN. — Abscès du poumon. Thèse Paris, 1923.
- LEGRAND. — Abscès du cerveau d'origine amibienne. *Arch. prov. de chir.*, 1912.
- LÖEPER. — La cœlialgie durable des dysentériques. *Progrès médical*, févr. 1919.
- LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — Péritonite dysentérique. *Bull. de la Soc. de l'Ouest-Africain*, 8 nov. 1924.
- Les séquelles chirurgicales des entérites dysentériques. *Bull. de la Soc. de path. exot.*, Paris, 1925, XVIII.
- MONOD. — Contribution à l'étude des tumeurs villoses du rectum. Thèse Paris, 1919.
- MONTEL. — Les amibiases camouflées. *Soc. méd. milit. franç.*, Paris, 1923, XVII.
- MOURIQUAND et DEGLOS. — L'entérite des amibiens. *Paris médical*, 1^{er} déc. 1917.

- NATTAN-LARRIER. — Absès du poumon d'origine amibienne. *Soc. de méd. trop.*, 30 nov. 1906.
- PARANT. — Le principe de la présomption légale d'origine et les conséquences de la loi du 31 mars 1919 sur les pensions militaires. *Ann. médico-psychol.*, Paris, 1922, XII.
- PAISSEAU et HUTINEL. — Hépatite amibienne chronique. *Ann. de méd.*, mai 1911.
- RACHET. — Les complications hépatiques des dysenteries amibiennes. *Vie médicale*, Paris, 1923, IV.
- RAVAUT. — L'amibiase chronique en France à la fin de 1916. *Presse médicale*, 8 févr. 1917.
- RAVAUT et CHARPIN. — L'amibiase en France pendant la guerre. *Journ. méd. franç.*, août 1919.
- RAVAUT et KRONULITSKY. — Les kystes amibiens; importance de leur recherche dans le diagnostic et la pathogénie de la dysenterie amibienne. *Presse médicale*, 3 juill. 1916.
- Les états dysentériques et les dysenteries au cours de la guerre. Vigot, 1916. *Rev. gén. de pathol. de la guerre*, Vigot, 1916.
- RIEUX. — Les barèmes d'invalidité dans l'application de la loi sur les pensions. *Paris médical*, 1921, XLI.
- ROUQUETTE. — Réformes, gratifications, retraites, pensions. Le centre spécial de réforme. Maloine, 1919.
- ROUX et SAVIGNAC. — Dysenterie amibienne et cancer du rectum. *Arch. des mal. de l'app. digest. et de la nutrition*, fév. 1927.
- ROUSSY. — L'état actuel du problème du cancer. Gauthier-Villars, édit.
- STRAUSS. — Les séquelles de la dysenterie. *Journ. de méd. de Paris*, 1922, XLI.
- TOUSSAINT. — Les grands problèmes médico-militaires d'après-guerre. *Bull. méd. de Paris*, 1919, XXXIII.
- VALENTINO. — La loi Lugol sur les pensions militaires.
- WOOLEY et MUSGRAVE. — Altérations de l'appendice dans la dysenterie amibienne. *Arch. méd. expér. et anat. pathol.*, juin 1907.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION.....	11
PREMIÈRE PARTIE. — Les séquelles de la dysenterie amibienne.	
CHAPITRE PREMIER. — <i>Les amibiens chroniques</i>	16
CHAPITRE II. — <i>Les amibiens guéris</i>	28
DEUXIÈME PARTIE. — La loi sur les pensions militaires.	
CHAPITRE PREMIER. — <i>Les barèmes d'invalidité</i>	39
CHAPITRE II. — <i>Le diagnostic de l'amibiase</i>	48
Les commémoratifs	48
L'examen du malade	49
L'examen rectoscopique.....	50
L'examen des selles.....	52
CHAPITRE III. — <i>L'évaluation de l'invalidité</i>	57
CHAPITRE IV. — <i>Observations</i>	59
CONCLUSIONS.....	85
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.....	87

